

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 29 juin 2017 à Poitiers
par **Mademoiselle Clémence JOLIT**

Evaluation des outils de communication utilisés par les internes de Médecine
Générale du Poitou-Charentes pour échanger avec les patients Sourds

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR
Madame le Maître de Conférences Marion ALBOUY-LLATY
Monsieur le Docteur Jérôme LAUBRETON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Xavier DIDDEN

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 29 juin 2017 à Poitiers
par **Mademoiselle Clémence JOLIT**

Evaluation des outils de communication utilisés par les internes de Médecine
Générale du Poitou-Charentes pour échanger avec les patients Sourds

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR
Madame le Maître de Conférences Marion ALBOUY-LLATY
Monsieur le Docteur Jérôme LAUBRETON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Xavier DIDDEN

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédiopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pascal Roblot. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma respectueuse considération et de ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Xavier Dufour. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vous trouverez ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Maître de Conférences Marion Albouty-Llaty. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vous trouverez ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jérôme Laubretton. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de m'avoir reçue afin de guider mon étude par vos conseils avisés.

A Monsieur le Docteur Xavier Didden. Tu me fais l'honneur d'avoir voulu encadrer ce travail de thèse et t'en suis reconnaissante. Merci pour ton accompagnement et ta patience.

A Madame Caroline Allix-Beguec, Responsable de la Recherche Clinique à la Direction des Affaires Médicales du Centre Hospitalier de La Rochelle de m'avoir aidée à réaliser les statistiques de cette étude. Votre travail m'a été d'une aide précieuse et je vous en remercie.

Aux médecins que j'ai croisés, qui m'ont donné envie de pratiquer la médecine comme eux : Docteurs Charlot Mina et Patrick, Docteur Béatrice Deslandes, Docteur Aurélie Mérine, Docteur Sophie Noé, Docteur Régis Audier, Docteur José Pinto, Docteur Jean-Baptiste Réchard, Docteur Camille Desforges, Docteur Laure Percheron.

A Maxime, mon amoureux, mon marin, mon confident. Merci de m'avoir toujours fait rêver : d'Hawaii à Venise en passant par New York city. Merci pour ton soutien et l'équilibre que tu as su m'apporter durant toutes ces années.

A mes parents pour leur amour inconditionnel et leur soutien durant toute ma scolarité. A ma mère et compagne de shopping, pour ses bons petits plats livrés à domicile pendant ma P1. Merci maman pour la relecture et tes qualités littéraires.

A mon père pour sa disponibilité incomparable, son calme à toute épreuve et son implication.

A mes grands-parents, qui, j'en suis certaine, auraient été très fiers de leur petite-fille.

A ma grande sœur Anaïs, mon modèle de réussite, le premier Docteur de la famille.

A ma petite sœur Marthe, brillante et créative : l'artiste de la famille.

A mes amis externes puis internes pour les bons moments passés durant ces longues années d'apprentissage : Ombeline, Matthieu R., Pierre, Claudine, Alain, Angèle, Tess, Clément, Anne-Sophie, Claire, Robin, Delphine, Matthieu F., Julie, Sandra, Louis, Manon, Antonin, Marion, Charlotte, Mathilde, Julien, Pauline et tous les autres.

Aux amis Rochelais pour les moments de détente qu'ils ont su m'apporter : Sophie, Marion, Kapou, Lorry, Pauline, Etienne, Emilie, Elizabeth, Benoit, Marine, Max, Alex, Sophie, Mel, Julien et tous les autres.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
GENERALITES SUR LE MONDE SOURD.....	12
1) Démographie.....	12
2) L'approche médicale de la surdité.....	13
a) Définition de la surdité.....	13
b) Définition du handicap.....	14
3) L'approche sociologique de la surdité.....	16
a) La surdité : un handicap particulier.....	16
b) Dénomination des personnes sourdes.....	17
4) Les Sourds, la santé et l'accès aux soins.....	20
a) Histoire du monde Sourd et législation.....	20
b) Création des UASS.....	23
MATERIEL ET METHODE	26
1) Type d'étude.....	26
2) Objectifs de l'étude.....	26
3) Population étudiée.....	26
4) Méthodologie et recueil de données.....	27
5) Outils d'évaluation.....	27
RESULTATS	29
1) Critères d'inclusion et d'exclusion.....	29
2) Profil de la population étudiée.....	29
a) Nombre de semestres de stage effectués.....	29
b) Faculté de médecine d'origine.....	30
c) Réalisation d'un stage au CHU de Poitiers durant l'internat.....	31
d) Volonté d'exercer en Poitou-Charentes.....	31
e) Personne s'exprimant en LSF dans l'entourage.....	31
3) Déroulement des consultations entre internes de Médecine Générale et patient Sourds.....	32
a) Prévalence de ce type de consultations.....	32
b) Professionnels présents.....	33
c) Premier contact : comment appeler un patient sourd dans la salle d'attente ?.....	33
d) La problématique du temps.....	34
e) Ressenti de la compréhension.....	35

4) Les moyens de communication utilisés	35
a) Par les patients Sourds pour la prise de rendez-vous.....	35
b) Par les internes de Médecine Générale.....	36
c) Le recours à un interprète professionnel	37
5) Connaissance des dispositifs existants pouvant favoriser l'accès aux soins des patients Sourds	38
a) Connaissance du SAS de Poitiers.....	38
b) Connaissance du 114.....	39
6) Formation des étudiants en médecine à la LSF	40
a) Connaissance du monde Sourd	40
b) Formation effectuée	41
c) Intérêt pour la création d'un stage au SAS de Poitiers.....	41
d) Intérêt pour une formation	42
e) Temps à consacrer à cette formation	42
DISCUSSION.....	43
1) Les Limites de l'étude	43
2) Discussion concernant l'objectif principal.....	44
3) Discussion concernant les objectifs secondaires.....	54
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAPHIE.....	60
LISTE DES ABREVIATIONS :	63
ANNEXES.....	64
Annexe 1 : Le Questionnaire	64
Annexe 2 : Réponses libres.....	67
Annexe 3 : Répartition cartographique des lieux de stages ouverts aux internes de Médecine Générale au sein des UASS en France.....	74
Annexe 4 : Répartition cartographique des UASS en France.....	75
Annexe 5 : Documents d'information et de demande d'interprétariat en ligne sur le portail Intranet du CHU de Poitiers.....	76
RESUME	83

INTRODUCTION

Le handicap auditif est assez méconnu en France. Il concerne pourtant 7 millions de personnes soit 11,2% des français (1).

Cette population est très hétérogène selon l'âge de survenue de la surdité, le niveau de perte tonale, les modes de communication, l'environnement familial, éducatif et social.

283 000 personnes utilisent la Langue des Signes Française (LSF) (1). Reconnue comme langue à part entière en 2005, elle constitue pour les Sourds signants un mode de communication naturel. Ils ne se considèrent pas comme handicapés mais comme appartenant à une communauté linguistique. Ils revendiquent cette différence de langue et de culture.

Historiquement, la région Poitou-Charentes a toujours été au cœur de la communauté Sourde.

Au 18^{ème} siècle, plusieurs institutions y ont été créées afin d'accueillir et de promouvoir l'éducation des Sourds. La plus connue, l'Institut Régional des Jeunes Sourds de Poitiers (IRJS) accueille des jeunes qui ont une communication orale ou gestuelle signée. Elle respecte le mode de communication choisi et fait de son apprentissage une priorité (2).

Dans le domaine du soin, le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers (CHU) dispose d'une Unité de Soins et d'Accueil des Sourds (SAS) constituée de professionnels bilingues français oral/LSF. Elle permet un accueil adapté à la surdité, un accès aux soins primaires et l'organisation du parcours de soins du patient lors de consultations spécialisées ou d'hospitalisation (3). L'unité poitevine, créée en 2011, a la particularité d'avoir été créée à la demande forte de la communauté Sourde pictavienne.

Parties d'une unité pionnière implantée à la Pitié Salpêtrière à Paris en 1995, ces unités se sont considérablement développées sur le territoire français. Les patients Sourds y ont de plus en plus recours (4).

Et pourtant, ces dispositifs sont souvent peu connus des médecins hospitaliers, des médecins généralistes, et des étudiants en médecine, médecins de demain.

Il existe pourtant des formations à la LSF dans certaines facultés de médecine de France. La plupart sont proposées durant l'externat. Certains CHU proposent

également des stages au sein des Unité d'Accueil et de Soins pour Sourds (UASS) (Annexe 3).

A Poitiers, une initiation à la LSF était proposée jusqu'en mars 2011 sous forme d'une Unité d'Enseignement (UE) Libre divisée en deux niveaux. Les cours y étaient dispensés par un intervenant Sourd. Ils permettaient la découverte d'un mode de communication différent, utilisant les mouvements du corps et les expressions du visage. Ces cours ont pris fin suite à des soucis organisationnels.

Les futurs médecins généralistes de la région Poitou-Charentes sont-ils confrontés à des consultations avec des patients Sourds ? Quels outils de communication utilisent-ils et sont-ils adaptés ? Comment améliorer la prise en charge médicale des patients Sourds en Poitou-Charentes ? Autant de questionnements qui m'ont incitée à réaliser ce travail.

Cette thèse m'a permis de découvrir le monde Sourd. Nous avons réfléchi à l'amélioration de la formation des futurs médecins généralistes du Poitou-Charentes afin de faciliter l'accès aux soins des patients Sourds.

GENERALITES SUR LE MONDE SOURD

1) Démographie

Il est difficile d'établir de façon certaine le nombre de patients sourds car la plupart des études sont fondées sur une base déclarative.

En 1998, selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances (HID) de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les difficultés d'audition concernaient plus de 5 millions de personnes en France (8% de la population). 1 430 000 étaient atteints d'une déficience moyenne à sévère et 303 000 personnes d'une déficience auditive profonde ou totale (5).

Plusieurs études ont été réalisées suite à l'enquête Handicap-Santé de 2008 réalisée par l'INSEE. En 2014, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) évaluait à 7 millions le nombre de personnes ayant une déficience auditive tout niveau confondu, soit 11.2% des français (1). 182 000 personnes déclaraient avoir une surdité complète, soit 0.3% de la population totale, et 283 000 personnes utilisaient la LSF.

En 2011, la publication du gouvernement français à l'occasion de la journée mondiale des Sourds faisait état de 4 090 000 le nombre de personnes souffrant d'une déficience auditive significative dont 88% de personnes âgées et de devenus sourds. Elle recensait 80 000 personnes pratiquant la LSF (6).

En Poitou-Charentes, la prévalence de la surdité est évaluée à environ 1,2 à 3,15 pour 1000 naissances. Le dépistage néonatal et de la petite enfance permet d'évaluer la surdité profonde bilatérale à environ 800 nouveaux cas par an (7).

Mais ces chiffres varient d'une étude à une autre ; il ne s'agit que d'estimations. A l'heure actuelle, il est impossible de donner un chiffre précis concernant la démographie des patients sourds.

2) L'approche médicale de la surdité

a) Définition de la surdité

La surdité est définie par le dictionnaire Masson comme une abolition partielle ou complète du sens de l'ouïe. Il s'agit d'une déficience sensorielle touchant l'audition, uni- ou bilatérale, quels qu'en soient le degré et l'origine.

On différencie les surdités de transmission qui correspondent à une atteinte de l'oreille externe ou moyenne (tympan, chaîne des osselets) des surdités de perception, souvent plus profondes voire totales qui atteignent les voies nerveuses ou la structure de l'oreille interne.

Les étiologies sont multiples, le plus souvent congénitales d'origine génétique (80%) ou acquises dans les suites d'une infection materno-fœtale (rubéole, oreillons, Cyto-Mégalo-Virus (CMV)), d'une prise de médicament ototoxiques (aminosides) ou d'une anoxie néonatale (8).

Les étiologies post-natales acquises de façon extrinsèque sont multiples : infectieuses, barotraumatisme, traumatisme crânien avec fracture du rocher, iatrogènes (aminosides, cisplatine, diurétiques de l'anse), tumorales (choléstéatome, neurinome de l'acoustique), vasculaires ou dégénératives.

La presbyacousie est la cause la plus fréquente de la surdité chez l'adulte de plus de 50 ans. Il s'agit d'une perte physiologique de l'audition.

La surdité, ou déficience auditive, est quantifiable par la perte tonale moyenne par rapport à une oreille normale. Elle est exprimée en nombre de décibels (dB).

D'un point de vue médical, le Collège Français d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) la définit par le degré de perte auditive sur la meilleure des deux oreilles, permettant la classification audiométrique des déficiences auditives :

- Surdité légère : de 20 à 39 dB de perte auditive. La parole est difficilement perçue à voix basse.
- Surdité moyenne : de 40 à 69 dB de perte auditive. La parole est perçue si on élève la voix.
- Surdité sévère : de 70 à 89 dB de perte auditive. La parole est perçue à voix forte si on élève la voix.

- Surdité profonde : plus de 90 dB de perte auditive. Aucune perception de la parole. Seuls les bruits très puissants sont perçus.
- Cophose : plus de 120 dB. Rien n'est perçu.

Différentes solutions peuvent être proposées aux patients accessibles afin de compenser la perte tonale comme le port d'une prothèse auditive ou la pose d'un implant cochléaire. Mais il n'est pas toujours possible de rétablir de façon complète et satisfaisante l'audition. De plus, nombreux Sourds revendiquent leur surdité comme un état de fait, une singularité d'être au monde, et défendent leur droit à cette différence (9).

b) Définition du handicap

Le handicap est à l'origine un terme d'origine anglaise, « hand in cap » signifiant « main dans le chapeau ». Lors d'un troc, la personne recevant l'objet de plus grande valeur versait dans un chapeau une somme d'argent afin de rétablir l'équité. Le terme a ensuite été traduit comme «  galit  des chances », utilisé dans les courses hippiques afin de combler les désavantages entre les chevaux, et adopté en France en 1975 par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

En 1980, dans le cadre d'un travail de recherche de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les recherches de P.Wood et A. Grossiord introduisent le concept d'un nouveau modèle tridimensionnel pour différencier le handicap de la maladie : le modèle de Wood (10). Il permet une approche plus globale de la prise en charge du patient grâce aux notions de d fici nce, d'incapacité, et de handicap. Il permet également la création en 2001 de la Classification Internationale des D fici nces, Incapacités, Handicaps (CIDIH) introduite en complément de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) qui décrivait jusqu'alors un modèle étiologie-maladie-traitement.

La d fici nce y est définie comme « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». Différents types de lésions pouvant être responsables d'une même d fici nce.

En découle une incapacité définie comme « toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale, ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain ».

Le handicap, quant à lui, résulte d'une déficience ou d'une incapacité. Il induit la relation avec l'environnement. Egalement appelé le « désavantage social », il limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels). Il tient compte du retentissement fonctionnel et social de la maladie sur le quotidien du patient. Il permet ainsi une prise en charge plus globale et adaptée.

Si on applique la surdité au modèle de Wood : la déficience auditive entraîne une incapacité à entendre et devient handicapante car elle rend difficile la communication avec les entendants et perturbe les activités de la vie quotidienne (accès à l'information, impossibilité de téléphoner, difficulté à trouver du travail, etc...).

En 2014, la DREES définit la notion de Limitation Fonctionnelle Auditive (LFA) légère, moyenne, grave, très grave ou totale. Sont évaluées la difficulté à entendre une conversation, à deux ou à plusieurs, la nécessité d'avoir recours à un appareillage auditif et les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne liées à la surdité (1) (11).

Le handicap est défini en 2015 par l'OMS comme « un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Pour surmonter les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires. »

3) L'approche sociologique de la surdité

Le déficit neurosensoriel et l'incapacité d'utiliser la communication orale sont souvent mis au premier plan, attribuant la responsabilité du handicap à la personne sourde et faisant des personnes entendantes une norme de référence.

Bernard Mottez, sociologue, propose une vision différente en étudiant la vie des Sourds en société. « Déficient auditif, on l'est naturellement, c'est physique. Sourd, on le devient, c'est social ». Il montre ainsi du doigt la responsabilité de la Société et définit le handicap comme « l'ensemble des lieux et des rôles sociaux (travail, éducation, sport, loisirs, religion) desquels un individu ou une catégorie d'individus se trouvent exclus en raison d'une déficience physique » (9).

a) La surdité : un handicap particulier

La surdité est un handicap particulier car c'est un **handicap invisible**. Cette particularité de la surdité est essentielle. En effet, nous ne pouvons pas deviner la surdité de la personne en face de nous. Ce handicap n'étant pas visible, on finit par l'oublier. « *Les Sourds existent-ils ?* » (9).

Souvent pris au dépourvu devant l'impossibilité à se faire comprendre, les entendants essaient d'articuler de façon exagérée, voire de façon inadaptée de parler plus fort. La confusion est d'autant plus troublante face aux sourds qui oralisent.

La surdité est un **handicap de communication**. Finalement, bien plus que de ne pas entendre, les Sourds souffrent de ne pas pouvoir communiquer avec les entendants. La surdité est plus qu'un handicap auditif ; il est un handicap linguistique et un handicap de communication.

La surdité est un **handicap partagé**. La communication étant un échange, Bernard Mottez décrit ce handicap comme un handicap partagé. « Il faut être au moins deux pour qu'on puisse commencer à parler de surdité. La surdité est un rapport, c'est une expérience nécessairement partagée » (9).

La découverte de la surdité par l'entendant est souvent source de malaise car il remet en question sa propre capacité à savoir communiquer. Finalement qui de l'entendant ou du Sourd est le plus « handicapé » ?

Le Sourd n'est pas le seul responsable des difficultés de communication. Un bon échange nécessite des efforts de la part des deux parties.

La surdité est un **handicap de situation**. « On n'est pas Sourd tout seul » « On n'est pas Sourd tout le temps » (9).

Les Sourds deviennent en situation de handicap lorsqu'ils sont confrontés au monde entendant, se sentant rapidement exclus.

Les Sourds signants, ne se sentent pas handicapés lorsqu'ils sont entre eux ou lorsqu'ils ont accès à une information dans leur langue (la LSF).

Ainsi ne devrait-on pas parler de handicap mais de « situation de handicap ».

b) Dénomination des personnes sourdes

Le terme « malentendant » est souvent utilisé par la société pour parler des sourds. Pourtant, il stigmatise la surdité comme une pathologie et n'est pas toujours utilisé à bon escient.

D'une façon générale, les Sourds partagent le monde selon le mode de communication utilisé : ceux qui communiquent avec la parole et ceux qui communiquent à l'aide des signes. Peu importe le degré de surdité ; la LSF annule toute discrimination quel que soit le niveau de perte auditive.

Néanmoins, même s'ils n'aiment pas cette classification, le mode de communication utilisé par les sourds est souvent lié à l'âge de survenue de la surdité (12). L'exposition précoce au langage dans les premières années de vie est primordiale dans son acquisition. Le choix éducatif de la famille influencera également le type de communication et la communauté la plus fréquentée.

Il est ainsi décrit une « période critique » définissant les sourds pré-linguistes et post-linguistes. Cette classification est informelle et adaptable. Il n'existe pas un mode de communication idéal car il existe une multitude de surdités. Mais cela permet de mieux comprendre la dénomination des personnes sourdes et la complexité de la surdité.

On parle de **devenus sourds** pour les personnes dont la surdité est arrivée après l'acquisition du langage. Selon l'âge exact de la survenue de la surdité, ils maîtrisent souvent l'écriture et ont des connaissances générales solides. Ils

communiquent avec la parole, utilisent la lecture labiale et le français écrit. La perte de l'audition constitue pour eux un réel handicap difficile à accepter.

La LSF pourrait être adaptée mais elle est plus compliquée lorsqu'elle est apprise de façon tardive, peu naturelle et surtout peu pratiquée par leurs amis.

Souvent victimes de l'isolement, les prothèses auditives représentent pour eux la possibilité de retrouver leur qualité de vie antérieure.

On parle de **malentendants** pour les sourds atteints d'une surdité légère, bien que ce terme ait une connotation négative. Certains sont atteints depuis l'enfance, mais leur capacité auditive leur permet de comprendre le français oral. Souvent aidés de prothèses auditives, ils arrivent à parler et communiquent à l'aide de la lecture labiale qui compense leur audition résiduelle. Ils côtoient le plus souvent le monde des entendants et utilisent peu la LSF.

De nombreux sourds dits **oralistes** sont issus de familles d'entendants. Ils travaillent l'acquisition de la parole par des techniques de rééducation orthophoniste. Mais s'ils côtoient peu d'autres Sourds et n'utilisent pas la LSF, ces efforts intenses peuvent devenir source de frustrations, le risque étant de ne se sentir intégré dans aucune des deux communautés.

Les sourds **signants**, autrefois appelés **sourds-muets** ou « **silencieux** » utilisent, eux, la LSF. Leur surdité étant souvent survenue avant l'acquisition du langage, l'apprentissage rapide de la LSF constitue un moyen de communication essentiel.

Le choix éducatif de la famille pour l'enfant sourd déterminera également la communauté la plus fréquentée à l'âge adulte : institution spécialisée ou école classique, apprentissage visuo-gestuel (LSF), oraliste (français oral) ou bilingue et décision concernant l'appareillage auditif.

L'apprentissage du français est difficile pour eux car il est basé sur un alphabet phonétique. Nombreux sourds signants sont en difficultés avec la lecture et l'écriture (13). Le français étant basé sur un alphabet phonétique, ils sont souvent capables de comprendre une phrase simple mais les phrases complexes et certaines subtilités de la langue française restent incomprises.

Pour les sourds **pré-linguistes**, il n'y a pas de frustration en lien avec une quelconque perte auditive car ils n'ont pas connu la possibilité d'entendre. Ils évoluent

dans ce monde silencieux depuis toujours et développent naturellement l'apprentissage de la LSF au contact de leurs amis Sourds.

Ils forment un groupe d'individus qui partage une histoire, des représentations, des pratiques, des règles sociales, des valeurs propres et une culture commune. Le groupe communique avec la même langue, partage les mêmes habitudes et fréquente les mêmes lieux associatifs.

Leur surdité n'est pas vécue comme un handicap mais comme une identité et l'appartenance à un groupe socio-linguistique. Ils tirent profit de cette compensation linguistique comme d'un inducteur culturel souligne Bernard Mottez (10).

Ces observations ont mené les sociologues à parler des Sourds signants comme des **Sourds avec un grand « S »**. On parle également de « Culture Sourde » et de « Communauté Sourde » avec un grand « S », reconnue comme un groupe socio-linguistique utilisant la LSF, critère majeur d'appartenance à leur communauté. La Culture Sourde est souvent opposée à la notion de « déficient auditif ».

L'appartenance à cette communauté nous amène à une définition plus subtile du handicap, non plus uniquement grâce à des critères médicaux et environnementaux mais aussi grâce à des critères sociologiques, culturels et auto-identitaires.

Un entendant ayant des parents Sourds et ayant appris la LSF peut avoir vécu principalement dans un environnement social de Culture Sourde. A l'inverse, les patients équipés de prothèses auditives, ou des personnes malentendantes, peuvent ne pas avoir intégré la Culture Sourde et participer davantage à la culture entendante.

Cet exemple montre la diversité et la complexité des manières de penser la surdité.

4) Les Sourds, la santé et l'accès aux soins

a) Histoire du monde Sourd et législation

A l'Antiquité et au Moyen-Age, l'intégration des Sourds semblait déjà difficile. Aristote, disciple de Platon considérait la parole comme organe formateur de l'intelligence.

Il faut attendre le XVIII^{ème} siècle pour voir apparaître les prémices de la LSF. **L'Abbé de l'Epée (1712-1789)** de son nom Charles-Michel Lespée a été l'un des premiers entendants à entreprendre des recherches sur le langage signé. Avec la création d'une petite école gratuite qui accueillait les enfants Sourds, il démontre à la société que les Sourds sont doués d'intelligence au même titre que les entendants. Plusieurs écoles pour Sourds ouvrent en France après la Révolution de 1789.

Mais le 11 septembre **1880, le congrès de Milan**, composé très majoritairement d'entendants, impose l'oralisme et interdit la LSF dans l'éducation des enfants en France et en Europe. Elle sera pratiquée clandestinement.

Il faudra attendre près d'un siècle avant d'assister au « **Réveil Sourd** ». A partir de **1970**, débutent les premières manifestations menées par les Sourds. En 1977, la LSF est officiellement autorisée. L'interprétariat se développe et devient une profession encadrée et diplômée.

En **1991, la Loi Fabius** (loi n°91-73 du 18 janvier 1991) permet le choix des parents dans l'éducation entre oralisme et LSF.

Dans le domaine de la santé, il faut attendre les années 1990 pour assister à une prise de conscience concernant les difficultés d'accès à l'information et aux soins des Sourds. Suite à l'épidémie du SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), les professionnels de santé constatent que les campagnes de prévention sont mal comprises par les Sourds. En effet, ils sont nombreux à penser que le virus s'attrape par le soleil car le pictogramme qui représente le virus ressemble à un soleil.

En **1995**, le premier **Service d'Accueil en LSF** est créé à l'hôpital de **la Pitié Salpêtrière** à Paris à l'initiative de Jean Dagron. S'en suit un an plus tard l'ouverture de l'unité pilote Santé Mentale des Sourds à l'hôpital Sainte Anne à Paris.

Devant leur succès, et sur la base d'un rapport demandé par le premier ministre de l'époque Lionel Jospin, un rapport parlementaire intitulé « **Le droit des Sourds** » est publié en 1998 par Dominique Gillot (13). Elle demande la création de nouvelles Unités d'Accueil et de Soins pour Sourds, composées de professionnels formés par un diplôme certifié. Elle propose d'intégrer des professionnels Sourds et malentendants afin de créer des supports de communication de campagnes de prévention.

Entre **1998 et 2000**, un Diplôme Universitaire (DU) « **dire la santé en LSF** » est mis en place à Paris et un vocabulaire médical se crée peu à peu en LSF.

En **2002**, le **Code de la Santé Publique** est modifié par la **loi du 4 mars** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. **Bernard Kouchner**, alors ministre délégué à la Santé, propose de « garantir l'égal accès de chaque personne aux soins » (Article L 1110-3). La loi précise que « aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès et à la prévention ou aux soins » (Article L1110-3). « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (...) » (Article L1111-2). Elle insiste sur la notion de « **consentement libre et éclairé** » (Article L1111-4) et précise que chaque établissement de santé doit « veiller au respect des droits des usagers et contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge » (Article 16) (14).

L'article 7 du **Code de Déontologie Médicale**, intégré au Code de la Santé Publique précise que « Le médecin doit écouter, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard » (article 7). L'article 35 impose au médecin la délivrance d'une « **information loyale, claire et appropriée** » (15).

Il faudra attendre la **loi du 11 février 2005** pour l'**égalité des droits et des chances**, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, pour que l'Etat reconnaisse les mêmes droits pour toute personne handicapée que pour l'ensemble des citoyens (16). Elle réaffirme le principe d'accessibilité généralisée sur le plan scolaire, du travail et de la vie quotidienne.

« **La LSF est reconnue comme une langue à part entière** » (Art L 312-9-1) Elle précise pour les jeunes Sourds la « liberté de choix entre une communication

bilingue, langue des signes et langue française, et une communication en langue française » (Article L112-2-2). « Tout élève concerné doit pouvoir recevoir un enseignement de la LSF » (Article L 312-9-1).

Dans le domaine public, et notamment dans les hôpitaux, « L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés (...) » (Article L111-7-3). En cas d'urgence, « un décret prévoit des modalités d'accès des personnes déficientes auditives aux services téléphoniques d'urgence » (Article 78).

Elle introduit le « **droit à la compensation** des conséquences de son handicap » (Art. L. 114-1-1). Les **Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)** sont créées afin de réunir les différents intervenants en une seule structure : Conseil Général, Assurance Maladie, Allocations familiales.

Enfin, la **Charte du patient hospitalisé** par la **circulaire Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins (DHOS) du 2 mars 2006** relative aux droits des patients hospitalisés précise : « Tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins requis » sans discrimination (17). « Les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel doivent être prévus. L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées »

« Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français ainsi que des personnes sourdes sera recherché » Les établissements doivent « garantir à tous l'égalité de l'information »

Mais malgré les textes de loi, l'accessibilité généralisée n'est pas toujours garantie pour les patients Sourds dans les hôpitaux et encore moins dans les cabinets médicaux de ville.

b) Création des UASS

L'accès à la prévention et aux soins constitue un des facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les patients sourds.

De nombreux cabinets sont équipés d'interphones et ne sont pas adaptés pour la prise de rendez-vous des patients sourds. D'après l'étude Baromètre Santé Sourds et Malentendants (BSSM) réalisée par l'INPES en 2011, 41,3% des patients locuteurs de la LSF et/ou ayant des difficultés d'expression orale ont déclaré avoir présenté des difficultés dans leur prise de rendez-vous avec un médecin généraliste. 22,4% ont déjà été contraints de se faire aider voire de se déplacer au cabinet pour prendre rendez-vous. La difficulté est croissante à mesure des difficultés à entendre et encore davantage chez les personnes peu diplômées.

Les difficultés à prendre rendez-vous retardent la consultation dans 30% des cas, voire empêchent le patient de se soigner dans 18% des cas (18).

Pour les Sourds signants, la barrière de la langue constitue une difficulté supplémentaire dans l'accès à des soins de qualité.

Reconnue comme une langue à part entière en 2005, elle possède une structure sémantique propre, une syntaxe et des règles grammaticales spécifiques. Elle permet de multiples nuances d'expression et une subtilité fine dans l'expression des émotions et des sentiments (19). C'est la seule langue qui permet aux Sourds une discussion naturelle et détendue avec plus de deux interlocuteurs.

Mais les médecins sont peu sensibilisés à la surdité durant leur cursus et souvent démunis face aux difficultés de communication. La lecture labiale est régulièrement utilisée mais elle est peu fiable car elle ne permet de comprendre que 25% du message, le reste étant complété par la suppléance mentale (20). De même, le recours à un membre de la famille pour faire office d'interprète n'est pas adapté : il ne permet pas une traduction fiable et ne respecte pas la confidentialité. Les médecins n'ont pas toujours le réflexe de faire appel à un interprète professionnel. Il s'agit pourtant du meilleur moyen de communiquer avec un patient Sourd lorsque l'on ne maîtrise pas la LSF. Les patients ne peuvent être que partiellement compris par les personnel soignants s'ils ne connaissent ni leur langue, ni leur culture. L'accès à l'information ne peut être garanti.

Ces constats et les revendications de la Communauté Sourde ont mené à l'ouverture de structures d'accueil spécialisées : les Unités d'Accueil et de Soins pour Sourds (UASS).

La **circulaire de DHOS d'avril 2007** définit leurs missions afin d'harmoniser et de garantir les bonnes pratiques au sein des unités (21).

L'accueil y est garanti par l'utilisation d'un matériel de communication adapté (SMS, messagerie instantanée, mail) permettant une réponse rapide et efficace.

Les équipes sont mixtes, composées de professionnels Sourds et entendants bilingues : médecins, secrétaires, interprètes professionnels français oral/LSF, travailleur sociaux, intermédiaires Sourds. Les intermédiaires sont bilingues mais avant tout biculturels ; titulaires de diplômes généralement sociaux, ils permettent d'aider à la compréhension mutuelle concernant les problèmes d'identité culturelle. Chaque membre de l'équipe est soumis à une évaluation annuelle de ses pratiques professionnelles.

La prise en charge médicale par un médecin généraliste signeur permet de travailler en collaboration avec les médecins spécialistes si nécessaire et de garantir la coordination des soins. L'UASS organise la présence d'un interprète professionnel en cas de consultations spécialisées ou d'examens complémentaires. Lorsque l'hospitalisation d'un patient Sourd s'impose, les équipes travaillent en partenariat avec les services et peuvent sensibiliser les soignants à ses besoins spécifiques.

Les UASS mènent également des actions de santé publique. Le médecin signeur travaille en collaboration avec les médecins généralistes de ville pour favoriser l'éducation thérapeutique et le suivi de pathologies chroniques. Il peut aussi s'adresser aux enfants entendants de parents Sourds qui souhaitent avoir des informations sur la santé de leur enfant.

La circulaire encourage aussi la participation des UASS à des actions dans le domaine de la santé mentale des personnes Sourdes.

Parti de l'unité pionnière de la Pitié-Salpêtrière à Paris, le réseau compte désormais 16 UASS dédiées aux soins somatiques et 4 à la prise en charge psychiatrique. La majorité d'entre elles sont régionales et attachées à des CHU. Si l'on considère l'ancienne répartition des régions sur le territoire français, Outre-Mer compris, ces centres d'accueil sont répartis dans 13 régions françaises. (Annexe 4)

Des réseaux de soins extra-hospitaliers ont également été créés (22). Ils permettent des consultations de Médecine Générale en LSF aussi bien au cabinet qu'au domicile des patients Sourds. Certaines de ces structures intègrent des

étudiants (externes et internes), afin de les sensibiliser aux spécificités de la prise en charge des patients Sourds.

Ces unités commencent à être connues des patients. Au niveau national, on dénombre 11 759 consultations pour 3344 dossiers patients en 2016 (4).

L'UASS du CHU de Poitiers (SAS), créée en 2011 au sein du service de Médecine Interne réalisait un peu plus de 1000 consultations externes pour 341 dossiers-patients en 2013 (23). En 2016, avec 1298 consultations pour 352 dossiers-patients, l'unité se classe 3^{ème} au niveau national, après Paris et Lille, concernant le nombre de consultations réalisées (4). Le Docteur Laubretton, médecin bilingue, spécialiste en Médecine Générale, y consultait jusqu'à présent quatre demi-journées par semaine. Il exerce désormais à temps plein depuis avril 2016.

Cet accueil dans la langue du patient évite les erreurs médicales, améliore la précision du diagnostic, l'observance, la relation de confiance médecin-malade, l'accès à la prévention, et plus globalement la qualité des soins.

Malheureusement toutes les régions françaises ne bénéficient pas encore de l'existence d'une UASS. De plus, ces unités sont souvent peu connues des médecins hospitaliers, des médecins généralistes, et des étudiants en médecine, médecins de demain.

Au travers de cette étude, nous nous sommes interrogés sur les outils de communication utilisés par les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes pour échanger avec les patients Sourds mais aussi sur leur connaissance des dispositifs existants pouvant faciliter la communication entre Sourds et entendants. Nous avons réfléchi à des solutions afin d'améliorer la qualité des soins et de garantir l'accessibilité généralisée des patients Sourds à la santé comme le prévoit la loi.

MATERIEL ET METHODE

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et déclarative qui a eu lieu auprès des internes de Médecine Générale inscrits à la Faculté de Médecine de Poitiers et en stage dans la région Poitou-Charentes du 31 Mars 2016 au 25 Mai 2016.

2) Objectifs de l'étude

Objectif principal :

L'objectif principal était d'évaluer les outils de communication utilisés par les internes de Médecine Générale en stage dans la région Poitou-Charentes pour échanger avec les patients Sourds.

Objectifs secondaires :

Trois objectifs secondaires ont également été définis :

- Connaître la prévalence des consultations entre internes de Médecine Générale et patient Sourds en Poitou-Charentes
- Evaluer la connaissance des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes concernant les dispositifs existants pouvant faciliter l'accès aux soins des patients Sourds : SAS et numéro d'urgence 114
- Evaluer l'intérêt des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes pour une formation pratique et théorique sur la communication entre sourds et soignants

3) Population étudiée

Critères d'inclusion :

Afin de participer à l'étude, il fallait être interne en Médecine Générale, en stage dans la région Poitou-Charentes, du 1^{er} au 6^{ème} semestre, inscrit à la Faculté de Médecine de Poitiers durant l'année scolaire 2015-2016.

Critères d'exclusion :

Les internes d'une autre spécialité ou exerçant leur activité en dehors du Poitou-Charentes n'étaient pas inclus dans l'étude.

4) Méthodologie et recueil de données

Les résultats ont été obtenus après la distribution d'un questionnaire (Annexe 1) le 31 Mars 2016, au moment des choix de stages des internes de Médecine Générale de la région Poitou-Charentes

Le jour des choix de stages représente un moment où la plupart des internes sont présents dans une même unité de temps et de lieu. D'après les données de la Scolarité, 393 internes étaient inscrits à la Faculté de Médecine de Poitiers durant l'année universitaire 2015-2016 : 131 internes en 1^{er} et 2^{ème} semestres, 135 internes en 3^{ème} et 4^{ème} semestres, 127 internes en 5^{ème} et 6^{ème} semestres.

Afin d'améliorer le recrutement, deux relances par mails ont été envoyées à la totalité des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes via un lien internet hébergé sur le site de sondage SurveyMonkey® à un mois d'intervalle chacune.

Ces mails ont été envoyés en passant par la base de données de la Scolarité.

Le questionnaire avait été préalablement testé auprès de la population cible.

5) Outils d'évaluation

Le questionnaire comportait 25 questions, ouvertes ou fermées, à réponses simples ou multiples.

Certaines questions d'opinion proposaient des réponses établies selon une échelle de Likert. Cinq réponses étaient proposées : Jamais, rarement, parfois, régulièrement, toujours.

Le questionnaire était divisé en 8 parties :

- Critères d'inclusion et d'exclusion : 2 questions
- Profil de la population étudiée : 4 questions
- Prévalence et déroulement des consultations interne / patient Sourd : 4 questions
- Ressenti quant à la qualité de l'information délivrée : 2 questions

- Outils de communication utilisés : 3 questions
- Connaissance des dispositifs existants pouvant faciliter l'accès aux soins des patients Sourds : 3 questions
- La formation des étudiants en médecine : 6 questions
- Remarques : 1 question

Les questionnaires étaient anonymes.

Critère de jugement principal :

Utilisation majoritaire des moyens de communication les plus adaptés à la surdité :

- Outils les plus adaptés : utilisation de la LSF, recours à un interprète professionnel
- Outils peu adaptés car à utiliser en complément de l'utilisation de la LSF pour éviter les quiproquos : mime, dessin
- Outils inadaptés : écriture, lecture labiale, recours à un interprète personnel, recours à un employé de l'hôpital communiquant en LSF

Critères de jugement secondaires :

- Nombres d'internes ayant déjà vécu une consultation avec un patient Sourd
- Connaissance du SAS du CHU de Poitiers
- Connaissance du numéro d'urgence pour les Sourds : 114
- Intérêt des internes pour une formation à la LSF
- Intérêt des internes pour l'ouverture d'un stage au SAS du CHU de Poitiers

Analyses statistiques :

Les analyses statistiques ont été calculées à partir du logiciel XLSTAT sous Windows XP Professionnel.

Les statistiques descriptives ont été présentées selon le nombre, les moyennes, les pourcentages et intervalle de confiance à 95% pour les variables qualitatives.

Pour l'analyse comparative : Les analyses testent l'hypothèse nulle d'homogénéité des populations pour les variables qualitatives. Un test de khi2 ou un test de Fisher a été réalisé en cas de faible effectif. Une différence significative est considérée au risque alpha bilatéral de 5%.

RESULTATS

1) Critères d'inclusion et d'exclusion

190 questionnaires ont été récupérés sous forme papier le jour des choix de stage et 20 questionnaires l'ont été via le site internet SurveyMonkey®. Soit 210 questionnaires au total.

Ces 210 personnes ont déclaré être internes de Médecine Générale, inscrits à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, en stage dans la région Poitou-Charentes au moment de la rédaction des réponses au questionnaire.

Nous n'avons pas retrouvé de facteur d'exclusion chez ces 210 internes. Ils ont tous été inclus dans l'étude.

Le taux de participation des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes à cette étude est de 53 % au total.

2) Profil de la population étudiée

a) Nombre de semestres de stage effectués

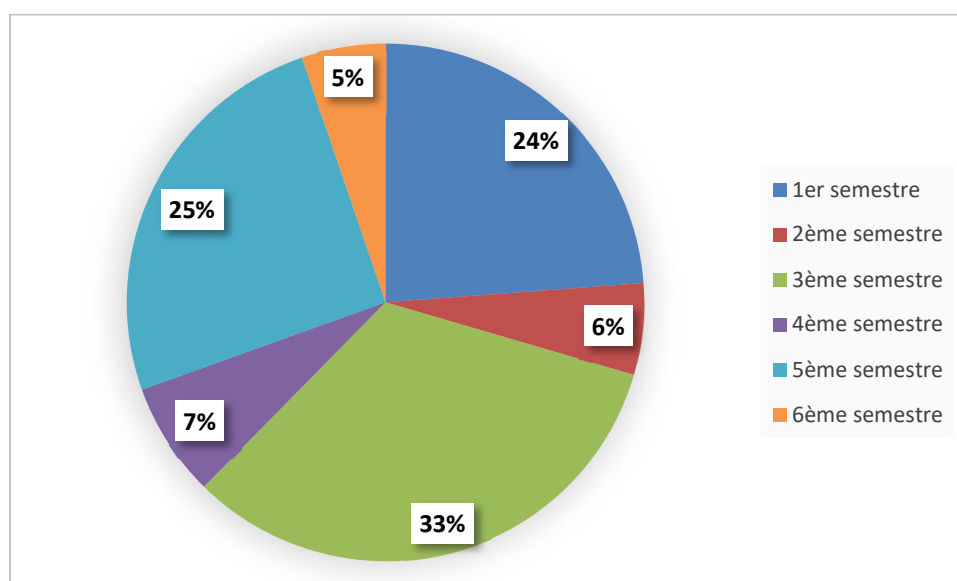


Figure 1 : Profil de la population étudiée selon le nombre de semestres effectués

62 internes soit 30% des internes faisaient partie de la promotion 2015 (1^{er} et 2^{ème} semestres).

84 internes soit 40% des internes faisaient partie de la promotion 2014 (3^{ème} et 4^{ème} semestres).

64 internes soit 30% des internes faisaient partie de la promotion 2013 (5^{ème} et 6^{ème} semestres).

b) Faculté de médecine d'origine

Au total, 27 facultés françaises différentes étaient représentées ainsi qu'une faculté espagnole (Elche).

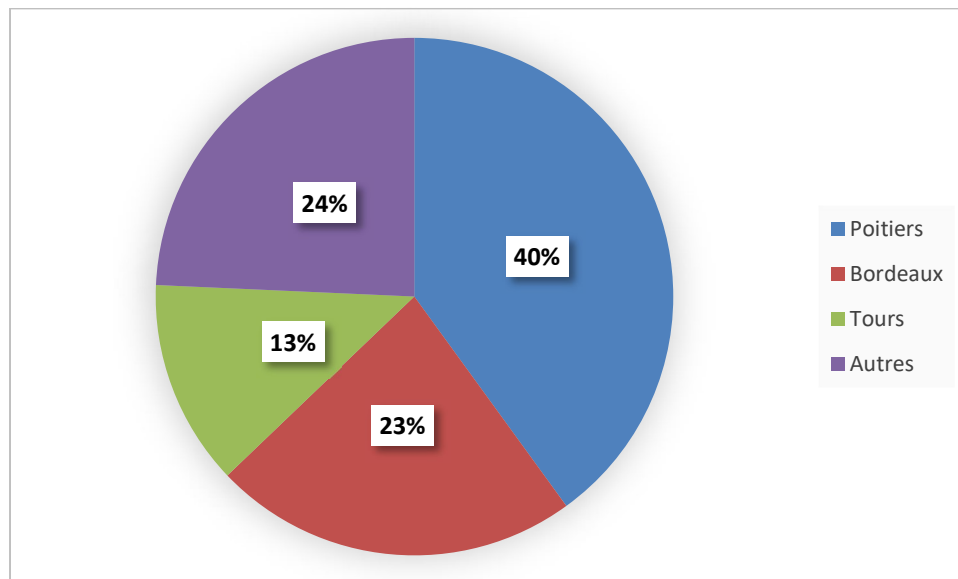


Figure 2 : Faculté d'origine des internes interrogés

84 internes ayant répondu à ce questionnaire ont réalisé leur formation initiale à Poitiers, 48 étaient originaires de Bordeaux et 27 de Tours.

51 internes ont été formés dans d'autres facultés durant leur externat :

- 5 internes formés à Amiens
- 4 internes formés à Angers et Rennes
- 3 internes formés à Nantes, Paris V, Reims, Strasbourg et Toulouse
- 2 internes formés à Besançon, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Lille Catholique et Paris Ouest
- 1 interne formé à Brest, Limoges, Lyon Est, Marseille, Montpellier, Nancy, Paris VII, Paris XIII, Rouen et Saint Etienne

c) Réalisation d'un stage au CHU de Poitiers durant l'internat

83 internes, soit 40% de la population étudiée, ont déclaré avoir réalisé leur stage obligatoire au CHU de Poitiers au moment de la réponse au questionnaire.

127 internes, soit 60% de la population étudiée ne l'avaient pas encore réalisé.

d) Volonté d'exercer en Poitou-Charentes

83 internes interrogés envisageaient d'exercer dans la région Poitou-Charentes, 49 d'entre eux ne souhaitent pas rester dans la région, 78 internes ne savaient pas encore.

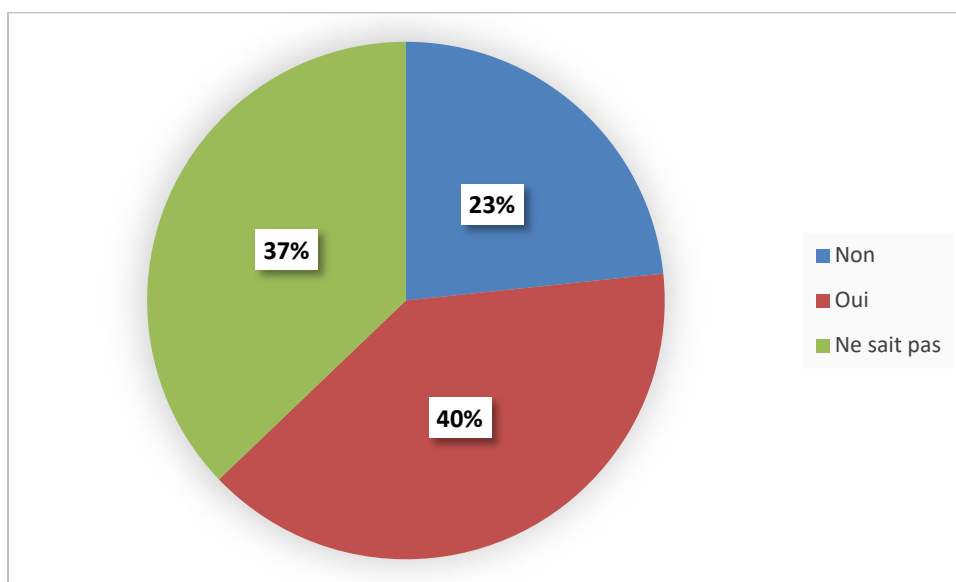


Figure 3 : Volonté d'exercer en Poitou-Charentes à la fin du cursus

e) Personne s'exprimant en LSF dans l'entourage

36 internes soit 17% des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes ont déclaré connaître une personne s'exprimant en LSF dans leur entourage.

3) Déroulement des consultations entre internes de Médecine Générale et patient Sourds

a) Prévalence de ce type de consultations

106 internes ont déclaré avoir déjà vécu une consultation avec un patient Sourd au cours de leur cursus, soit 51% de la population étudiée.

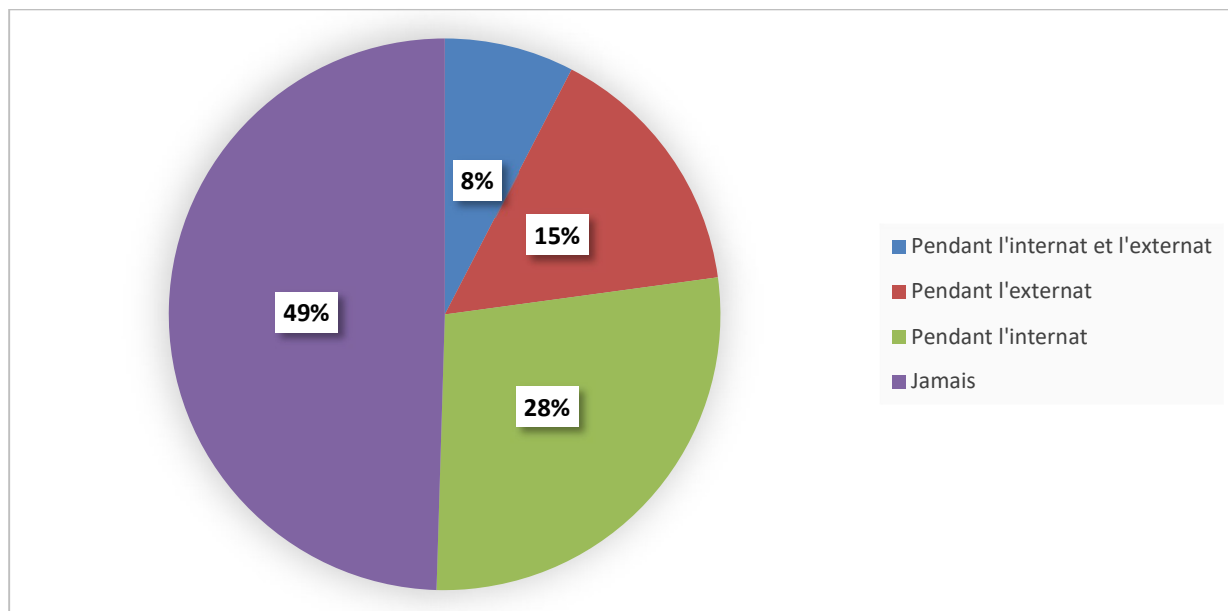


Figure 4 : Prévalence des consultations entre internes de Médecine Générale et patients Sourds

Selon le nombre de semestres de stage effectués

27% des internes de 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} semestres avaient déjà vécu une consultation avec un patient Sourd pendant l'internat contre 49% des internes de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} semestres ($p=0,001$).

Selon la réalisation du stage obligatoire au CHU de Poitiers

49% des internes ayant réalisé leur stage obligatoire au CHU de Poitiers avaient déjà vécu ce type de consultation contre 26% de ceux ne l'ayant pas encore effectué ($p<0,001$).

b) Professionnels présents

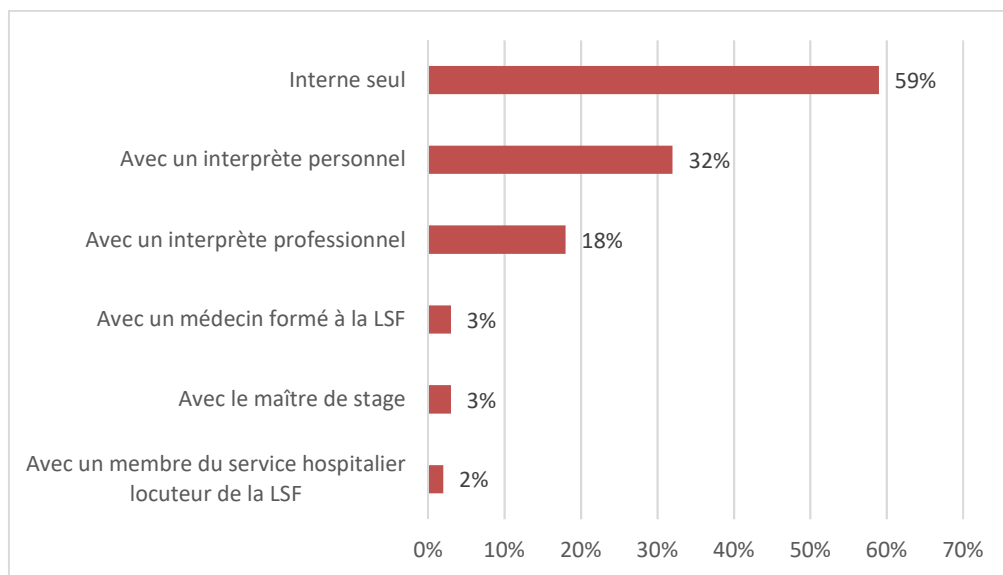


Figure 5 : Professionnels présents lors des 106 consultations entre internes et patients Sourds

Selon la réalisation du stage obligatoire au CHU de Poitiers :

Parmi les 106 internes ayant vécu une consultation avec un patient Sourd, 29% de ceux qui avaient réalisé un stage au CHU étaient avec un interprète professionnel contre 9% des autres internes ($p=0,005$).

52% de ceux qui avaient réalisé un stage au CHU étaient seuls contre 64% des autres internes ($p=0,198$).

Selon la participation à un enseignement de la LSF :

Parmi les 106 internes ayant vécu une consultation avec un patient Sourd, 17% de ceux qui avaient participé à une formation LSF avaient eu recours à un interprète professionnel contre 19% des autres ($p=0,847$).

c) Premier contact : comment appeler un patient sourd dans la salle d'attente ?

38% des internes interrogés ont déclaré qu'ils se seraient déplacés pour se mettre face au patient sourd et aller le chercher.

28% des internes auraient fait un geste de la main pour faire signe au patient sourd de venir.

15% des internes auraient écrit le nom du patient sourd sur un papier ou une pancarte.

14% des internes auraient utilisé le toucher (main sur l'épaule ou poignée de mains).

12% des internes auraient cherché un contact visuel avec le patient sourd pour lui faire comprendre que c'était son tour.

5% des internes auraient prononcé le nom du patient sourd en pensant qu'il utiliserait la lecture labiale.

5% des internes ont déclaré ne pas savoir comment appeler un patient sourd dans la salle d'attente.

3% des internes auraient signé le nom du patient en LSF.

2% des internes auraient montré du doigt le patient sourd en salle d'attente pour lui faire comprendre que c'était son tour.

1% des internes auraient demandé aux secrétaires qui était le patient sourd dans la salle d'attente.

1% des internes auraient fait un sourire.

1% des internes auraient utilisé les expressions du visage.

1% des internes auraient appelé de façon habituelle le patient en comptant sur la présence d'un interprète accompagnant le patient sourd en salle d'attente.

1% des internes auraient réalisé des signaux lumineux avec une lampe.

0,5% des internes ont déclaré qu'ils auraient tapé du pied au sol.

d) La problématique du temps

189 internes soit 90% des personnes interrogées ressentaient le besoin de prendre plus de temps en consultation afin de s'adapter à la surdité du patient.

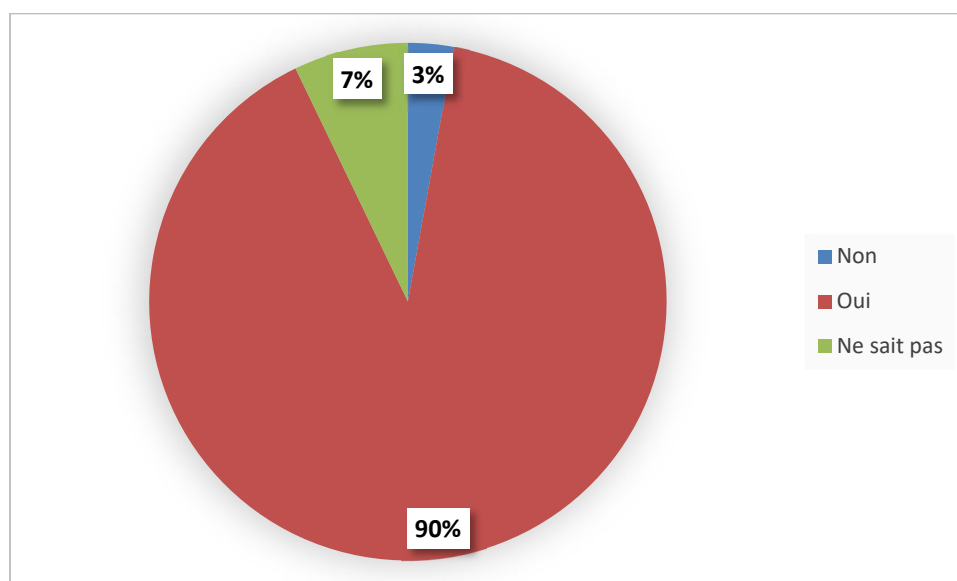


Figure 6 : Besoin ressenti par les internes de prendre plus de temps pour s'adapter à la surdité du patient

e) Ressenti de la compréhension

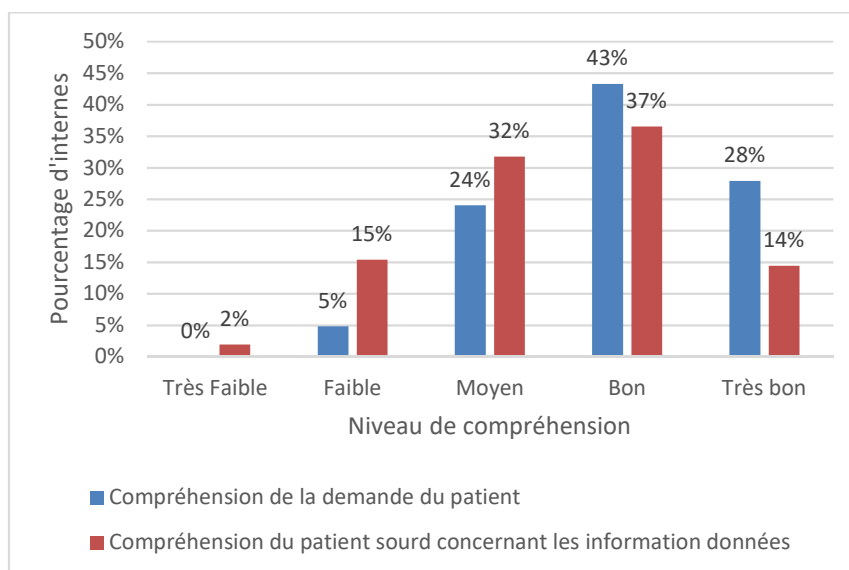


Figure 7 : Ressenti des internes quant à la compréhension suite à une consultation avec un patient Sourd

4) Les moyens de communication utilisés

a) Par les patients Sourds pour la prise de rendez-vous

	Jamais	Rarement	Parfois	Régulièrement	Toujours
En se déplaçant au cabinet	0,5%	3%	25%	64%	8%
Consultations sans RDV	9%	24%	37%	29%	0,5%
Téléphone via un tiers	1%	7%	29%	58%	5%
SMS	30%	31%	22%	18%	0%
Messagerie instantanée	48%	34%	13%	5%	0%
E-mail	18%	24%	38%	20%	0%
Fax	53%	33%	10%	4%	0%

Tableau 1 : Avis des internes concernant la fréquence des moyens de communication utilisés par les Sourds pour prendre rendez-vous avec leur médecin

Selon la connaissance d'un Sourd signant dans l'entourage :

31% des internes ayant un Sourd signant dans leur entourage pensaient que le SMS était utilisé régulièrement à toujours contre 15% des autres internes ($p=0,025$).

Selon la participation à un enseignement de la LSF :

39% des internes formés à la LSF pensaient que les patients Sourds prenaient régulièrement à toujours leur rendez-vous par téléphone via une tierce personne contre 69% des autres internes ($p=0,001$).

b) Par les internes de Médecine Générale

	Jamais	Rarement	Parfois	Régulièrement	Toujours
Ecriture	0,5%	0,5%	11%	56%	32%
Lecture labiale	8%	11%	25%	43%	13%
Mime	4%	11%	23%	48%	15%
Schémas, dessins, pictogrammes	5%	13%	22%	49%	11%
LSF	66%	16%	12%	4%	1%
Interprète professionnel	37%	36%	18%	6%	2%
Interprète personnel	10%	6%	22%	53%	9%

Tableau 2 : Fréquence d'utilisation des outils de communication employés par les internes

95% des outils de communication utilisés régulièrement à toujours par les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes sont inadaptés ou peu adaptés à la surdité.

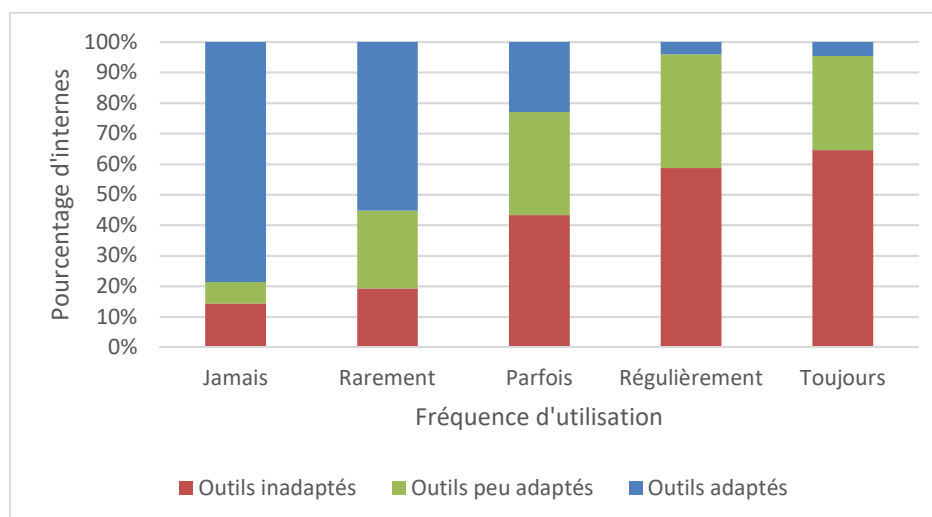


Figure 8 : Fréquence d'utilisation des outils de communication selon leur efficacité

Selon la connaissance d'un Sourd signant dans l'entourage

17% des internes ayant un Sourd signant dans leur entourage ont déclaré utiliser régulièrement ou toujours la LSF contre 4% des autres internes ($p=0,008$).

75% des internes ayant un Sourd signant dans leur entourage utilisaient régulièrement à toujours l'écriture contre 91% de ceux qui ne connaissaient pas de sourds signants ($p=0,012$).

Selon la participation à un enseignement de la LSF :

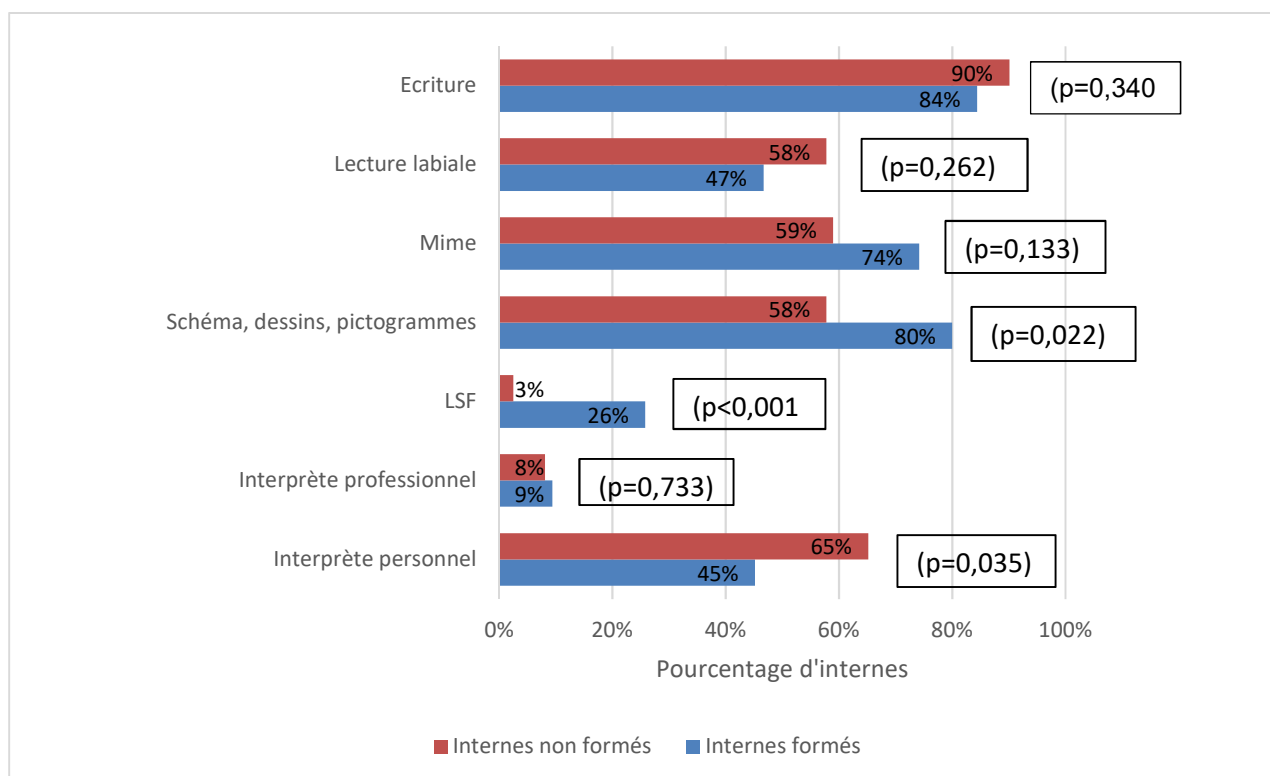


Figure 9 : Comparaison des outils de communication utilisés régulièrement à toujours selon la participation à une formation LSF

c) Le recours à un interprète professionnel

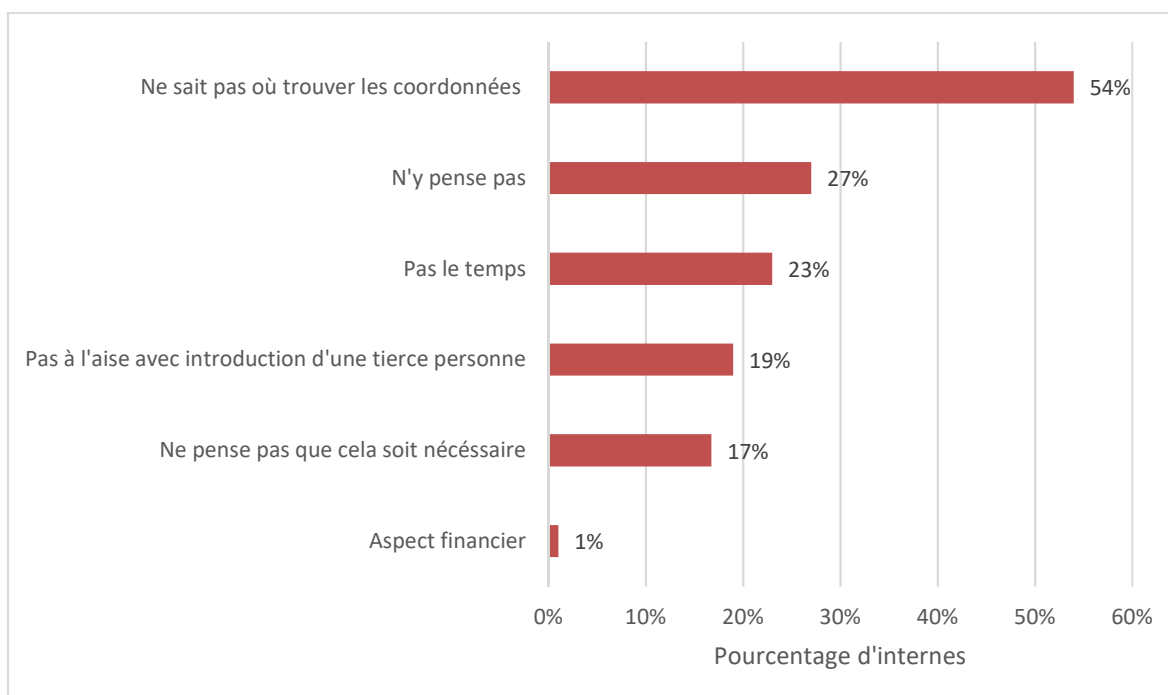


Figure 10 : Causes du faible recours à un interprète professionnel pendant la consultation

5) Connaissance des dispositifs existants pouvant favoriser l'accès aux soins des patients Sourds

a) Connaissance du SAS de Poitiers

179 internes soit 85% des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes ne connaissaient pas l'existence du SAS de Poitiers.

Parmi les 29 internes interrogés connaissant le SAS :

- 4 internes ont déclaré l'avoir connu grâce à une formation à la LSF
- 3 internes l'ont découvert en passant devant pendant leur stage au CHU
- 3 internes par leur sénior
- 2 internes par un ami interne
- 2 internes à la télévision
- 2 internes par un patient ou sa famille
- 1 interne sur intranet en cherchant les coordonnées d'un interprète
- 1 interne lors d'un passage aux urgences par un patient qui avait un courrier d'une UASS
- 9 internes ne se sont pas prononcés sur la façon dont ils ont connu le SAS de Poitiers

12 internes, soit 6% des internes interrogés, ont déclaré avoir déjà eu recours à une UASS.

Selon la faculté de Médecine d'origine :

23% des internes originaires de Poitiers connaissaient le SAS contre 8% des internes originaires d'autres facultés ($p=0,005$).

Selon la réalisation du stage obligatoire au CHU de Poitiers :

26% des internes qui avaient réalisé un stage au CHU de Poitiers connaissaient le SAS de Poitiers contre 6% de ceux qui ne l'avaient pas encore réalisé ($p<0,001$)

14% des internes qui avaient réalisé leur stage au CHU avaient déjà eu recours à une UASS contre 1% des autres internes ($p=0,034$).

Selon la participation à un enseignement de la LSF :

31% des internes formés à la LSF connaissaient le SAS contre 12% des autres internes ($p=0,004$).

Selon la connaissance d'un Sourd signant dans l'entourage :

28% des internes qui avaient un Sourd signant dans leur entourage connaissaient le SAS de Poitiers contre 11% des autres internes ($p=0,008$).

14% des internes qui avaient un Sourd signant dans leur entourage avaient déjà eu recours à une UASS contre 4% de ceux ne connaissant pas de sourds signants ($p=0,05$).

b) Connaissance du 114

193 internes soit 92% des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes ne connaissaient pas le numéro d'urgence 114.

Parmi les 14 internes interrogés connaissant le 114 :

- 2 internes l'ont connu grâce à une formation LSF
- 2 internes grâce à un patient Sourd de leur entourage
- 1 interne par son maître de stage en Médecine Générale
- 1 interne par un ami interne
- 1 interne grâce à un prospectus dans une salle d'attente
- 1 interne par la télévision
- 1 interne par une application téléphonique

5 internes ne se prononçaient pas sur la façon dont ils avaient connu le 114.

Selon la participation à un enseignement de la LSF :

19% des internes qui avaient reçu une formation à la LSF connaissaient le 114 contre 4% des autres internes ($p=0,002$).

6) Formation des étudiants en médecine à la LSF

a) Connaissance du monde Sourd

130 internes soit 62% des internes interrogés ont déclaré ne pas avoir de connaissances sur l'environnement socio-culturel des patients Sourds.

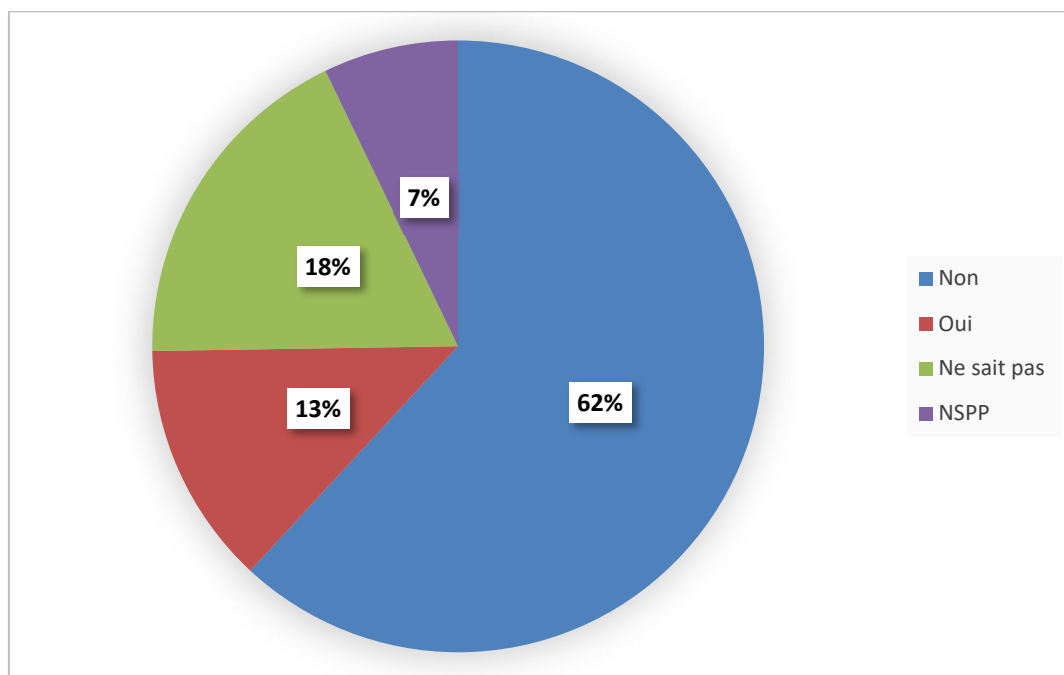


Figure 11 : Connaissances des internes sur l'environnement socio-culturel des patients Sourds

Selon la connaissance d'un Sourd signant dans l'entourage :

27% des internes qui avaient un Sourd signant dans leur entourage ont déclaré avoir des notions sur l'environnement socio-culturel des patients Sourds contre 11% des autres internes ($p=0,022$).

Selon la participation à un enseignement de la LSF :

31% des internes qui avaient reçu une formation à la LSF ont déclaré avoir des notions sur l'environnement socio-culturel des patients Sourds contre 10% de ceux qui n'en avaient pas reçu ($p<0,001$).

b) Formation effectuée

32 internes soit 15% des internes interrogés avaient bénéficié d'un enseignement de la LSF. Parmi eux, aucun n'avait reçu sa formation durant l'internat.

19 d'entre eux ont déclaré avoir reçu une initiation lors de l'externat, 4 durant leur scolarité en école primaire, collège ou lycée, 2 dans un lieu publique et 1 dans un centre socio-culturel.

6 internes ont déclaré avoir reçu une formation au sein d'un institut privé et 6 de façon informelle avec leur entourage.

c) Intérêt pour la création d'un stage au SAS de Poitiers

14 internes trouvaient qu'il serait intéressant de créer un stage au SAS de Poitiers d'une durée de 6 mois. 148 autres internes trouvaient plus intéressant qu'il soit couplé avec un autre stage pendant 1 à 2 mois.

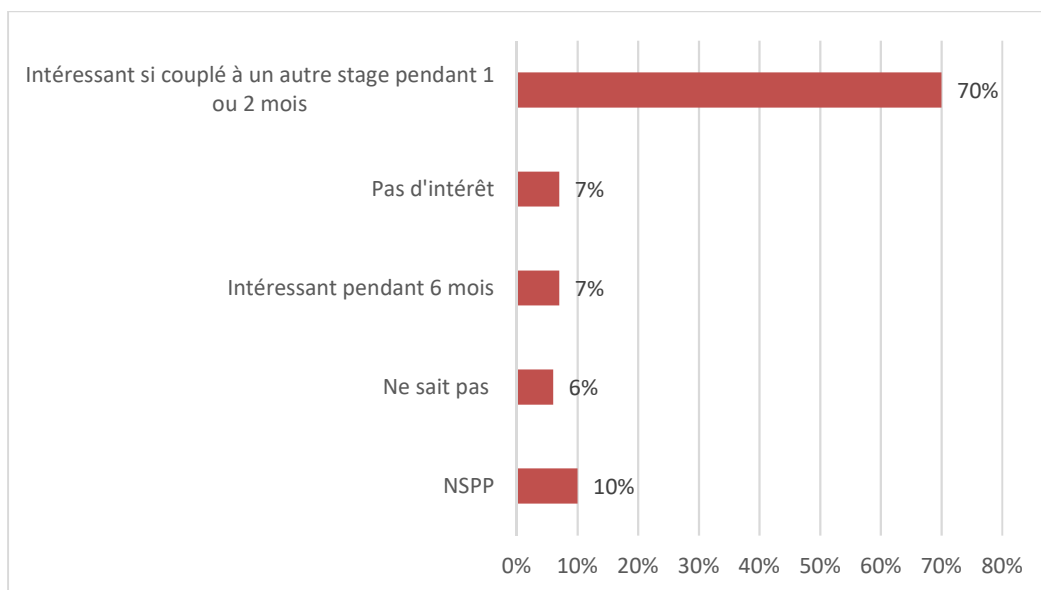


Figure 12 : Intérêt des internes pour la création d'un stage au SAS de Poitiers

d) Intérêt pour une formation

109 internes soit 52% de la population étudiée se disaient très intéressés par une formation découverte afin d'apprendre à communiquer avec un patient Sourd.

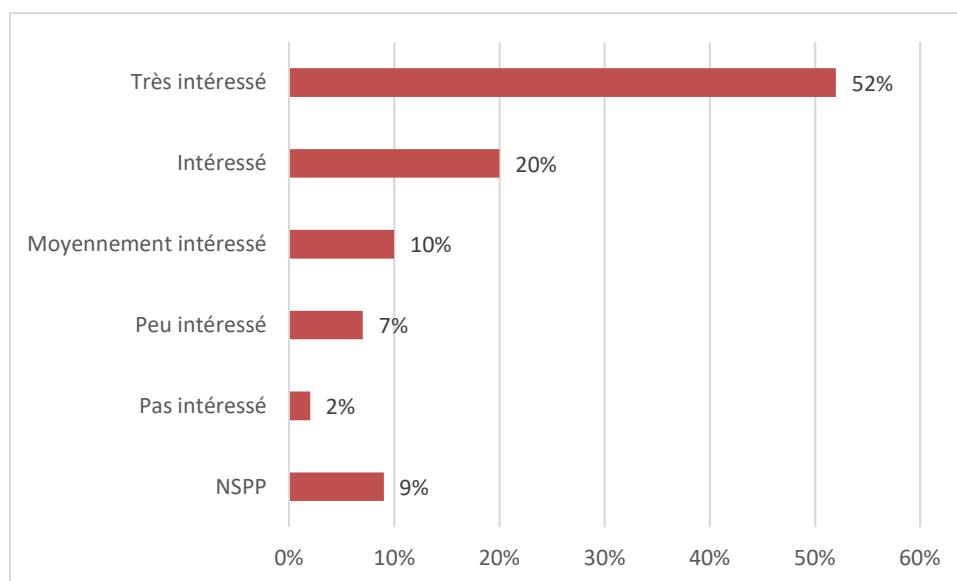


Figure 13 : Intérêt des internes pour une formation découverte afin d'apprendre à communiquer avec un patient Sourd

e) Temps à consacrer à cette formation

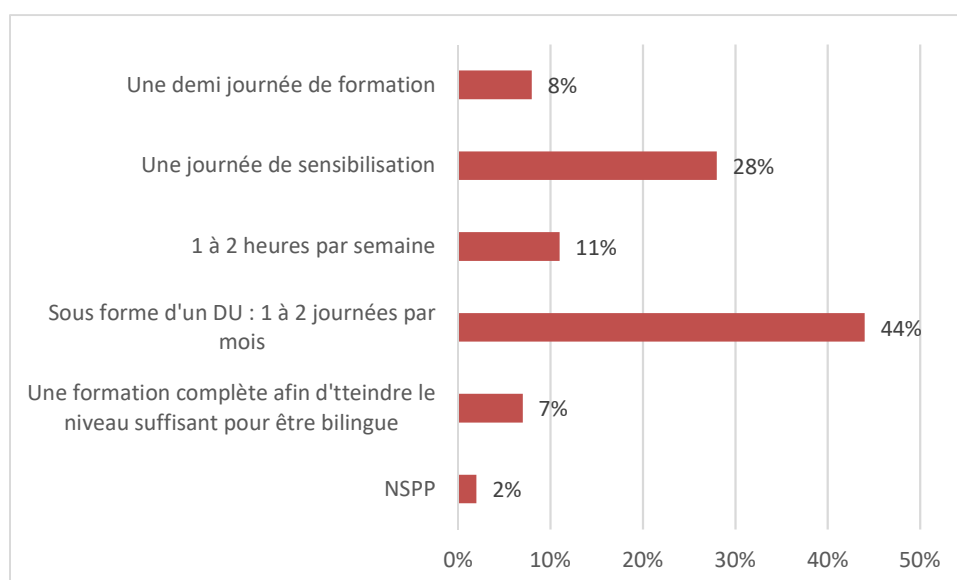


Figure 14 : Temps à consacrer à une formation pour apprendre à communiquer avec un patient Sourd

DISCUSSION

1) Les Limites de l'étude

Cette étude, réalisée entre mars et mai 2016 visait les internes de Médecine Générale actuellement en stage en Poitou-Charentes, médecins généralistes de demain. Elle est représentative d'une problématique d'accès aux soins des patients Sourds mais fait appel à l'expérience principalement hospitalière des internes durant leur cursus. Elle est donc peu représentative de l'activité de Médecine Générale en ville ou à la campagne. D'autres études pourraient être envisagées pour prolonger ce travail et s'adapter davantage à l'activité libérale.

La distribution des questionnaires au moment des choix de stages a permis un taux de participation intéressant. En contrepartie il a induit un biais de classement. En effet, de nombreux internes ont hésité quant à la réponse à donner à la question numéro 2 concernant le nombre de semestres effectués.

Certaines réponses ont pu être surévaluées : on peut supposer que les internes ayant répondu au questionnaire étaient intéressés par la surdité et le handicap, induisant un biais de sélection.

D'autres informations, comme les techniques de communication avec le patient Sourd lors de la consultation peuvent être biaisées par le souci des étudiants de donner la bonne réponse plutôt que de répondre spontanément et sincèrement aux questions. Ce biais a pu être constaté lorsque le questionnaire a été testé sur la population cible.

Dans la question 15 concernant la cause du faible recours à l'interprétariat professionnel, l'aspect financier n'était pas proposé parmi les réponses possibles. Cela a pu sous-évaluer cette réponse mais les internes avaient la possibilité de donner une réponse ouverte dans la case « autre ».

Un seul questionnaire par personne a été distribué lors des choix de stages, néanmoins, les questionnaires étant anonymes, rien ne nous permettait de vérifier objectivement qu'un interne n'ait pas répondu plus d'une fois au questionnaire. Cette limite est majorée par la relance par e-mail.

2) Discussion concernant l'objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les outils de communication utilisés par les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes pour échanger avec les patients Sourds.

Notons que le taux de participation est en faveur de l'intérêt des internes pour la problématique d'accès aux soins des patients Sourds, sujet peu traité par les thèses habituelles de Médecine Générale.

Une prise de conscience limitée :

D'une façon générale et en toute bonne foi, les médecins sont souvent convaincus que la communication avec leurs patients sourds est satisfaisante. (24)

Malheureusement, il existe souvent un décalage entre le ressenti des médecins et le vécu des patients Sourds ; nombreux sont les patients Sourds qui ont déjà renoncé à un rendez-vous chez le médecin pour des raisons de communication, et par peur de ne pas être compris (18).

Les conclusions de notre étude vont en ce sens : les internes ont l'impression de bien comprendre la demande du patient Sourd. Il leur paraît plus difficile d'arriver à se faire comprendre : 49% des internes interrogés estimaient que le patient Sourd avait un niveau de compréhension des informations données moyen à très faible. (Figure 7)

Ils ont conscience que ce type de consultation leur demande de prendre plus de temps qu'une consultation habituelle (31 minutes en moyenne pour des professionnels bilingues et formés à la LSF contre 16 minutes pour une consultation classique) (22) (4) mais ils ont globalement l'impression de réussir à s'adapter à cette situation de handicap (Figure 7). Pourtant, ils utilisent des outils de communication inadaptés à la surdité (Figure 8).

Les outils de communication utilisés avant la consultation :

Les difficultés commencent dès la prise de rendez-vous. Même si la plupart des patients Sourds prennent rendez-vous seuls et sans difficultés, ils sont encore nombreux à être contraints de se faire aider voire de se déplacer au cabinet médical pour prendre rendez-vous (18) (23) (25). Les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes en ont conscience (Tableau 1).

Les entendants prennent classiquement rendez-vous chez leur médecin par téléphone ; moyen difficilement utilisable pour les Sourds ou malentendants sans l'intervention d'une tierce personne pour les aider. Cela explique vraisemblablement que la majorité des internes, entendants, qui ont peu de connaissance du monde Sourd, ont une représentation des patients Sourds comme étant dépendants d'une tierce personne.

Les cabinets sont souvent dotés d'un fax mais il est peu utilisé pour la prise de rendez-vous. Les patients Sourds préfèrent l'email et la messagerie instantanée quand le cabinet médical en est équipé, avec un secrétariat ou un médecin généraliste qui puisse répondre rapidement (23).

Quant au SMS, 61% des internes interrogés dans notre étude pensent qu'il n'est jamais ou rarement utilisé par les patients Sourds pour prendre rendez-vous avec leur médecin généraliste (Tableau 1) . Pourtant, le SMS est très utilisé par la communauté Sourde du Poitou-Charentes comme le montrait l'étude d'Arthur Degoulange réalisée en 2014 (23). Les chiffres étaient possiblement surévalués au moment de l'étude car de nombreux patients interrogés étaient suivis régulièrement au SAS, qui dispose de cet outil grâce à un secrétariat adapté. Mais en 2017, le SMS est largement utilisé et la quasi-totalité des médecins possède un téléphone portable. Les jeunes médecins ont l'habitude d'utiliser les nouvelles technologies mais ces derniers ne pensent pas systématiquement à les adapter à leur pratique médicale. Le SMS représente une méthode simple, peu coûteuse, nécessitant une maîtrise basique de l'écriture, de la lecture et permettant une réponse rapide. Il ne nécessite pas de connaître la LSF. Il est donc aussi bien accessible pour les Sourds que pour les entendants.

Les internes ayant des Sourds dans leur entourage et ceux ayant reçu une formation à la LSF ont conscience que le SMS est très utilisé par les patients Sourds pour prendre rendez-vous.

Sensibiliser les médecins généralistes de demain aux outils de communication adaptés à la surdité favoriserait le développement de ces outils à l'hôpital et pourquoi pas dans leur futur cabinet. Une information simple des secrétaires médicales sur les difficultés de compréhension des patients Sourds en rapport avec l'écriture pourrait également simplifier la prise de rendez-vous et éviter des incompréhensions.

On peut penser que la distribution de ce questionnaire aura permis une première approche dans la réflexion.

Premier contact : comment appeler un patient sourd dans la salle d'attente ?

La surdité est un handicap peu connu car il s'agit d'un handicap invisible. 81% des Sourds ont déjà attendu longtemps dans une salle d'attente faute de n'avoir pas entendu qu'ils avaient été appelés (25).

Cela favorise le retard d'accès aux soins car certains patients sourds repoussent au maximum leur rendez-vous de consultations.

La plupart des internes ne savent pas de quelle manière appeler un patient sourd dans une salle d'attente. Certains proposent des méthodes de communication qui pourraient même sembler loufoques comme montrer du doigt, écrire sur une pancarte, faire des signaux lumineux ou taper du pied.

Cette question ouverte a posé problème aux internes car il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse. Elle leur a fait prendre conscience de la complexité de la surdité et du handicap de situation.

Le fait d'aller chercher le patient ou d'utiliser le toucher semble tout à fait adapté mais n'est envisageable que dans les conditions où le soignant connaît déjà le patient.

Faire un geste de la main, chercher le regard du patient ou utiliser l'écriture sur une pancarte n'est possible que si l'on est informé de sa surdité. De plus, l'utilisation d'une pancarte peut être vécue comme stigmatisante.

En milieu hospitalier, le patient sourd rencontre plusieurs intermédiaires comme les secrétaires ou les infirmières avant d'être reçu par un médecin. Les internes sont le plus souvent informés de la surdité avant de débuter la consultation. Mais de nombreux cabinets de Médecine Générale de ville disposent uniquement d'un secrétariat à distance.

Une sensibilisation des étudiants, du personnel médical et paramédical s'avère nécessaire afin de mentionner de façon visible et évidente la surdité et les modes de communication utilisés par le patient sur les dossiers médicaux. Cela est d'autant plus important en cabinet médical de ville, en l'absence de secrétariat médical ou lors de passage de médecins remplaçants ne connaissant pas les patients.

L'écriture est l'outil de communication le plus utilisé par les internes de Médecine Générale.

L'écriture, assez peu utilisée pour appeler un patient dans la salle d'attente, l'est très majoritairement afin de communiquer avec les patients Sourds lors d'une consultation : d'après notre étude, 88% des internes l'utiliseraient régulièrement à

toujours (Tableau 2). Mais bien qu'elle soit intéressante pour communiquer avec les devenus sourds, il ne s'agit pas d'un moyen de communication adapté à la plupart des patients Sourds pré-linguistes. D'après le rapport Gillot 80% des Sourds (hors devenus sourds) sont en grande difficulté avec le français écrit (13). Cela peut s'expliquer par la politique éducative menée pendant des années, basée davantage sur l'oralisme que sur l'utilisation de la LSF. Les nouvelles méthodes d'apprentissage tendent à diminuer l'illettrisme des générations à venir. Cependant, pour l'instant, l'écrit peut être utilisé afin de compléter l'information mais il reste insuffisant à lui seul comme outil de communication. Le médecin doit s'adapter au niveau de lecture et d'écriture du patient Sourd.

S'ajoute à cela une carence de connaissances générales, de physiologie humaine et de représentations erronées sur leur corps. En effet, les difficultés de compréhension des patients Sourds ne sont pas uniquement dues à des difficultés linguistiques, mais aussi à un accès difficile à la culture, à l'information et à la prévention. Les entendants, ont accès en permanence à un flot continu d'informations télévisées, à la radio ou dans la rue mais les Sourds sont souvent exclus de ces messages de communication. D'après le BSSM, 78.8% des Sourds souhaiteraient recevoir des informations sur leur santé par leur médecin mais il leur est souvent reproché de ne pas s'adapter suffisamment à leur surdité (18).

D'après notre étude, lors d'une consultation avec un patient Sourd, les internes ayant dans leur entourage une personne Sourde utilisent moins l'écriture que les autres internes (91% contre 75% $p=0,012$). Ils l'utilisent tout de même beaucoup ; probablement car c'est le moyen de communication qu'ils maîtrisent le mieux et qui est utilisé de façon systématique lors de la rédaction de l'ordonnance.

L'ordonnance devrait également être repensée afin d'éviter les malentendus (26). Le vocabulaire spécifique, les unités de prise, la voie d'administration et la prescription en DCI (Dénomination Commune Internationale) représentent autant de risque d'incompréhension. La temporalité est un concept difficile à comprendre pour les patients sourds. Par exemple : 2 comprimés après le repas peut être compris comme je prends 2 comprimés et ensuite je prends mon repas. Dans « prendre le comprimé entre les repas » l'utilisation du mot « entre » est souvent source de contre-sens, confondu avec le verbe « entrer » conjugué qui signifie « aller à l'intérieur de ». Des mots comme « à jeun » ou « la veille » peuvent conduire à des non-sens car ils sont confondus avec « jeune » et « vieille ».

Les soignants non sensibilisés à la surdité ne sont probablement pas conscients de ces difficultés : il est difficile dans ces conditions qu'ils s'adaptent aux patients Sourds.

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les internes ayant reçu une formation à la LSF de ceux qui n'en ont pas bénéficié (Figure 9). Les formations existantes n'étant pas standardisées, on peut supposer que ces enseignements n'ont pas toujours permis aux étudiants d'assimiler les difficultés des Sourds avec la lecture et l'écriture. Définir des objectifs clairs dans les formations existantes pourrait améliorer la formation des étudiants et leurs pratiques professionnelles.

Les dessins et le mime sont régulièrement utilisés par les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes.

Il s'agit d'un bon outil de communication en complément d'une information médicale dispensée en LSF afin d'éviter les quiproquos. Cette technique est d'ailleurs beaucoup utilisée par les médecins signeurs au sein des UASS et dans les campagnes d'information visuelles (affiches, pictogrammes, messages télévisés). Pour de nombreux Sourds, la synthèse des données et des informations par l'image est bien plus facile et instinctuelle. « Être Sourd, c'est percevoir le monde par les yeux, intégrer les informations reçues de façon visuelle, puis les restituer avec les mains sous forme de signes » (27). Le terme « graphicacy » ou « iconicité » exprime cette capacité à s'exprimer et à raisonner par des images et permet l'explication de concepts médicaux complexes. On pense par exemple au cycle de réplication du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), à l'ovulation etc...

Le mime est également un moyen simple de communiquer avec un patient Sourd. Ne serait-ce que par les expressions du visage. Utilisé de façon naturelle et parfaitement maîtrisé par les Sourds, il l'est un peu moins par les internes, probablement car ils n'ont pas l'habitude.

Les internes ayant reçu une initiation à la LSF ont déclaré utiliser davantage ces modes de communication par rapport aux autres internes (Figure 9). En effet, dans la grande majorité des cas, les cours de LSF dispensés aux étudiants en médecine le sont par des intervenants Sourds. Au cours de cet enseignement, l'intervenant Sourd utilise beaucoup le mime pour communiquer et se faire comprendre. L'initiation à la LSF proposée dans les facultés de médecine ne permet pas d'atteindre une maîtrise parfaite de la LSF mais elle développe chez les entendants leur capacité à communiquer avec le mode de pensée visio-gestuel.

La lecture labiale est un outil de communication inadapté mais régulièrement utilisé.

La lecture labiale est régulièrement utilisée par les internes de Médecine Générale (Tableau 2). Et pourtant, les Sourds ont un niveau de compréhension très hétérogène. L'intelligibilité en lecture labiale se limite à environ 25% selon la Société Française d'Audiologie (20).

De plus, lorsqu'elle est utilisée, elle l'est souvent de façon inadaptée. En effet, elle n'est possible que dans un environnement éclairé, face à face avec l'interlocuteur, sans porter de masque, avec une articulation correcte (ni exagérée ni diminuée) et surtout une bonne connaissance par le lecteur des mots exprimés. Elle n'est donc pas adaptée pour appeler un patient dans une salle d'attente contrairement à ce que pense 5% des internes interrogés par ce questionnaire.

Les échanges deviennent difficiles au-delà de 3 interlocuteurs. La personne sourde essaiera de suivre la conversation orale en compensant visuellement par la suppléance mentale ou grâce à des outils technologiques (prothèses, implants, boucle magnétique). L'absence de connaissance des termes médicaux spécifiques et des notions fondamentales de la physiologie humaine (pathologies, place des organes, circulation sanguine etc...) majore le risque d'incompréhension.

La LSF est un moyen de communication peu utilisé par les internes de Médecine Générale.

La LSF est pourtant le meilleur moyen de communiquer avec les patients Sourds signants car c'est une langue qu'ils maîtrisent (23).

15% des internes interrogés ont déclarés avoir reçu une formation à la LSF. 26% d'entre eux ont déclaré l'utiliser régulièrement à toujours pour communiquer avec un patient Sourd (Figure 9).

Concernant leur niveau, 1 interne a précisé dans les questions ouvertes qu'il l'utilisait régulièrement et la maîtrisait. Mais on peut supposer que la plupart d'entre eux n'a pas le niveau suffisant, la fluidité et le vocabulaire médical nécessaire à une bonne compréhension comme le garantie le niveau B2 de la formation du Cadre Européen Commun de Référence (CECRL) requise travailler auprès d'un public sourd (28). En effet, 6 internes ont déclaré avoir fait appel à un institut privé et 6 autres disent avoir appris de façon informelle avec leur entourage. On peut supposer qu'ils ont un niveau « initiation » à « maîtrise ». Les autres internes ont bénéficié d'initiations proposées par leur faculté de médecine. Le recours à un interprète semble nécessaire afin que le patient Sourd puisse s'exprimer dans sa langue.

Le recours à l'interprétariat personnel est trop souvent utilisé par les internes de Médecine Générale.

Les internes font très souvent appel à l'entourage familial ou amical du patient pour faire office de traducteur (Tableau 2). Cela semble plus simple d'un point de vue organisationnel et permet au patient Sourd de s'exprimer dans sa langue. Néanmoins, cette présence est faussement rassurante pour le praticien. La traduction peut être aléatoire, du fait d'une formation à la LSF souvent familiale, dénuée de connaissance de termes médicaux. L'information délivrée au patient peut être biaisée par les représentations et les croyances de l'interprète personnel. La question de la place des enfants entendants de parents Sourds utilisés comme interprètes se pose également devant la responsabilité que cela impose et les situations gênantes qui pourraient en découler en fonction du motif de consultation. A cela s'ajoute la notion de perte d'autonomie, et surtout de confidentialité qui soulève une véritable question éthique quant au respect du secret médical et du recueil de consentements.

« L'interprétariat sauvage » fréquemment utilisé car rapide et pratique ne respecte pas les principes du code de Déontologie Médicale et ne permet pas de garantir une traduction fiable.

Les internes ayant reçu une formation ou une initiation à la LSF ont moins recours à l'interprétariat personnel que les autres internes (Figure 9).

Le recours à un interprète professionnel est sous-utilisé.

La LSF est sous-utilisée par les internes de Médecine Générale alors qu'elle leur est accessible via le recours à un interprète professionnel. Il s'agit de la façon la plus adaptée de communiquer avec un patient Sourd lorsque l'on ne maîtrise pas la LSF. Et pourtant 59% des internes interrogés ont déclaré être seuls lors des consultations avec un patient Sourd (Figure 5).

L'interprète professionnel constitue un pont essentiel entre les deux communautés : « l'une qui revendique son handicap comme une communauté linguistique et l'autre qui ne maîtrise pas les outils de communication nécessaires pour se faire comprendre. Il permet à ces deux communautés de pouvoir communiquer chacune dans sa propre langue tout en respectant les codes de sa propre culture » (29). Titulaire d'un master II d'interprétation (Bac +5), il permet de lever l'obstacle linguistique en garantissant la fidélité de l'interprétation. Tenu au code de déontologie de la profession, il est tenu au secret professionnel et respecte le principe de neutralité : ses opinions ne doivent pas transparaître dans son interprétation. Le

recours à un interprète professionnel permet de délivrer une information, loyale, claire et appropriée afin d'obtenir un consentement libre et éclairé.

Certains sont indépendants, d'autres travaillent en partenariat avec les associations de Sourds. A Poitiers, les patients Sourds peuvent faire appel au CILS-APSA (Centre d'Interprétation en Langue des Signes) (Association pour la Promotion des Personnes Sourdes, Aveugles et Sourdesaveugles) ou au SILS-2LPE (Service d'Interprétation en Langue des Signes - 2 Langues Pour une Education).

Dans le domaine médical, le recours au SAS du CHU de Poitiers permet d'organiser des consultations avec un médecin généraliste bilingue en LSF et d'assurer la présence d'un interprète lors de consultations spécialisées ou d'examens complémentaires.

La réalisation d'un stage au CHU durant l'internat semble être un facteur déterminant dans le recours à l'interprétariat professionnel.

Les internes ayant réalisé leur stage au CHU sont moins seuls pendant les consultations avec un patient Sourd. On peut se poser la question : les interprètes sont-ils plus disponibles dans les CHU des grandes villes que dans les hôpitaux périphériques ? Ou peut-être : les internes ont-ils davantage le réflexe d'avoir recours à Intranet pour rechercher un interprète car ils ont l'habitude d'y travailler en équipe ?

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les internes ayant reçu une formation à la LSF et les autres internes.

La plupart des internes ayant déclaré ne jamais ou rarement faire appel à un interprète professionnel disaient ne pas savoir où trouver les coordonnées d'un interprète. Et pourtant, en tapant simplement dans Google « interprète LSF Poitiers » nous sommes rapidement renvoyés vers des listes d'interprètes professionnels diplômés, indépendant ou travaillant en partenariat avec le milieu associatif. Au CHU de Poitiers, le portail Intranet de l'hôpital propose un espace dédié au SAS, présentant ses fonctions et proposant un formulaire de demande d'interprétariat en LSF (Annexe 5). Un interne a déclaré avoir connu le SAS de cette façon.

La problématique du temps est omniprésente. Les internes de Médecine Générale ont conscience qu'ils doivent prendre plus de temps afin de s'adapter à cette situation de handicap (Figure 6) mais 23% de ceux qui font peu appel à l'interprétariat professionnel évoquent des soucis organisationnels pour justifier leur faible recours à l'interprétariat professionnel (Figure 10).

L'utilisation d'outils de communication inadaptés est chronophage. Sensibiliser les soignants et les secrétaires permettrait une meilleure efficacité et une meilleure gestion du temps médical.

Lorsque la consultation ou l'hospitalisation sont programmées, le moment de la prise de rendez-vous au secrétariat devrait permettre de réserver un créneau de consultation plus long et d'organiser en amont la présence d'un interprète.

En cas de secrétariat à distance ou de difficulté à organiser la consultation, le médecin a toujours la possibilité de reprogrammer un rendez-vous dans de meilleures conditions.

En situation d'urgence, il est souvent plus difficile d'organiser la venue d'un interprète professionnel. Le recours au télé-interprétariat est un outil intéressant qu'il faudrait développer, aussi bien pour la langue des signes que pour toute autre langue étrangère. Certaines villes l'utilisent déjà comme c'est le cas à Rennes et à Limoges (30). Cela nécessiterait bien évidemment que les personnels médicaux et paramédicaux soient informés de sa création et que les services soient dotés du matériel nécessaire (ordinateurs, tablettes ou smartphones).

Il permettrait l'accès à l'interprétariat professionnel pour les départements voisins et diminuerait le coût de la prestation en diminuant le temps en salle d'attente et le temps de transport de l'interprète. On pourrait même imaginer un relai entre plusieurs plateformes de la métropole à la Guadeloupe afin d'organiser une permanence jour et nuit sans surcoût grâce au décalage horaire.

L'aspect financier a été évoqué par 2 internes. A Poitiers, le coût s'élève de 50 à 60 euros par heure en semaine. Le coût peut doubler la nuit, les dimanches et les jours fériés. S'ajoute à cela un forfait kilométrique en cas de déplacement et le temps d'attente en salle d'attente avant la consultation médicale. La Prestation de Compensation du Handicap (PCH), versée par le Conseil Général, ne suffit pas toujours aux personnes Sourdes pour financer la présence d'un interprète professionnel. Basée sur le calcul d'un Forfait Surdité, elle représente un forfait d'aides humaines de 30h/mois calculé sur la base du tarif emploi direct (12,39 euros de l'heure) soit environ 370 euros/mois (31). Ce forfait est aussi très souvent utilisé par les Sourds pour les accompagner dans leurs démarches administratives, notamment auprès de la MDPH afin de faire la demande d'aides financières comme l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH). Les internes ne pensent probablement pas à l'aspect financier car l'argent est souvent versé par le patient. Et pourtant, depuis 2005, la Loi pour l'égalité des chances garantie

un droit d'accessibilité généralisée : le médecin devrait organiser la présence d'un interprète professionnel à ses frais si le patient ne peut pas les financer.

19% des internes ayant peu recours à l'interprétariat professionnel avouent ne pas être à l'aise avec le fait d'introduire une tierce personne dans la relation médecin-malade. D'une façon plus générale se pose la question éthique de l'intervention d'un tiers dans la relation médecin-malade. Il est vrai que la présence d'un interprète, aussi compétent soit-il, ne remplacera jamais une communication directe entre un patient et son médecin. Avoir recours à une tierce personne d'une façon générale peut s'avérer gênante pour 50% des patients sourds concernés (18).

Néanmoins, le recours à l'interprétariat professionnel permet une réelle avancée dans l'obtention du droit à une accessibilité généralisée.

On peut supposer que les internes concernés ne sont pas suffisamment informés de la formation et du code de déontologie auxquels sont soumis les interprètes professionnels.

Enfin 27% d'entre eux avouent ne simplement pas y penser et 17% pensent que cela n'est pas nécessaire ce qui prouve l'absence de sensibilisation des internes à la problématique d'accès aux soins des patients Sourds et confirme la nécessité d'une sensibilisation des étudiants.

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les internes ayant reçu une initiation à la LSF et ceux n'en ayant pas bénéficié (Figure 9).

3) Discussion concernant les objectifs secondaires

➤ **Connaître la prévalence des consultations entre internes et patients Sourds:**

Les internes de Médecine Générale en stage dans la région Poitou-Charentes sont confrontés à des consultations avec des patients Sourds (Figure 4). Un interne sur deux en moyenne le sera au cours de son internat d'une durée de 3 ans. La prévalence de ce type de consultation est plus importante chez les internes ayant réalisé plusieurs semestres de stages et chez ceux ayant réalisé leur stage au CHU de Poitiers, probablement en lien avec la forte communauté sourde pictavienne. On peut supposer qu'ils y seront de nouveau confrontés au cours de leur activité future, qu'elle soit libérale ou hospitalière.

40% d'entre eux envisagent de s'installer dans la région Poitou-Charentes ; ils sont les médecins généralistes de demain (Figure 3).

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre internes de Médecine Générale originaire de Poitiers et ceux des autres villes.

➤ **Evaluer la connaissance des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes concernant les dispositifs existants pouvant faciliter l'accès aux soins des patients Sourds**

85% des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes ne connaissent pas l'existence du SAS de Poitiers. Seulement 6% ont déjà eu recours à une UASS.

92% des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes ne connaissent pas l'existence du numéro d'urgence 114.

Des dispositifs adaptés garantissant l'accès aux soins pour les patients Sourds existent mais ils ne sont pas connus des internes de Médecine Générale.

Comment envisager de faire de la prévention auprès des patients Sourds si les pourvoyeurs de l'information ne connaissent ni les structures adaptées ni les numéros d'urgences existants ?

Le passage en stage au CHU de Poitiers semble être un facteur important dans la connaissance et la promotion du SAS.

D'une façon plus générale, les Internes originaires de Poitiers semblent connaître d'avantage le SAS. Ce qui semble normal et déjà relativement peu en sachant qu'ils ont réalisé déjà 3 ans de stage dans l'enceinte du CHU de Poitiers et qu'ils sont probablement déjà passés devant l'unité physiquement.

Tous n'exerceront probablement pas à Poitiers, mais connaître le SAS peut être utile en médecine de ville afin d'améliorer la prise en charge du patient Sourd notamment concernant l'éducation thérapeutique et la prise en charge des pathologies chroniques. Des consultations peuvent être programmées dans ce but. En cas d'hospitalisation programmée au CHU, les médecins généralistes peuvent se mettre en relation avec le SAS pour organiser le parcours de soins du patient.

L'entourage Sourd est bien sûr important dans la connaissance du SAS.

De même, les internes ayant reçu une formation à la LSF connaissent plus le SAS et le 114 que les autres internes. Ces chiffres sont probablement sous-évalués. En effet, le SAS ayant ouvert en 2011 au CHU de Poitiers, il se peut donc que les internes formés avant 2011 n'en aient pas entendu parlé durant leur formation.

Cette étude a permis de faire connaître le SAS de Poitiers aux internes, mais une information voire une formation semblent nécessaires.

Des mesures simples et peu coûteuses pourraient être envisagées comme la distribution d'un feuillet d'information le jour de la présentation du CHU aux internes de Médecine Générale et de spécialités. L'intervention d'un professionnel formé à la surdité lors du module handicap prévu au cours de la formation des externes ou lors d'une journée de Formation Médicale Continue (FMC) pourrait également être intéressante.

➤ **Evaluer l'intérêt des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes pour une formation pratique et théorique sur la communication entre sourds et soignants**

La communication entre patients sourds et soignants est possible grâce à l'utilisation d'outils de communication adaptés à la surdité. Mais elle passe aussi par la connaissance des codes et de la culture d'une communauté qui revendique son handicap comme une identité socio-culturelle.

Historiquement, les Sourds ont toujours été méfiants vis-à-vis du monde médical. Le choix de leur médecin se fait souvent parce qu'il connaît la langue des

signes ou parce qu'il est sensibilisé à la culture Sourde (25).

Et pourtant, 62% des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes ont déclaré ne pas avoir de connaissance sur l'environnement socio-culturel des patients Sourds (Figure 11).

Les internes se disaient très intéressés par ce type de formation (Figure 13). La plupart d'entre eux préféreraient la création d'un DU, plus facilement conciliable avec les contraintes de temps exigées par les stages lors de l'internat (Figure 14). Malheureusement, à ce jour, en France, il n'existe plus de DU adapté à la pratique médicale.

Ce type de formation semble plus facilement intégrable durant l'externat. Dans certaines villes, des initiations à la LSF sont proposées aux étudiants en médecine de 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} années sous forme d'UE libres.

Dans notre panel, 15% des internes ont reçu une formation, dont la majorité d'entre eux une initiation pendant l'externat.

A ce jour, aucun programme fixe n'est établi officiellement. Les enseignements proposés par des intervenants Sourds ou, beaucoup plus rarement, par des entendants locuteurs de la LSF, varient selon les facultés : 10 à 60 heures par an réparties de 1 à 2 heures par semaine.

31% des internes ayant reçu une formation à la LSF ont déclaré avoir des connaissances sur l'environnement socio-culturel des Sourds. Cela paraît relativement peu.

Une initiation à la LSF ne permet pas la maîtrise totale et parfaite de la langue mais elle devrait mettre un point d'honneur à la découverte du Monde Sourd, du mode de communication visio-gestuel et à la connaissance des dispositifs existants favorisant l'accès aux soins des patients Sourds (UASS, recours à l'interprétariat professionnel, 114).

Certaines facultés comme celles de Saint Etienne ou Grenoble ont établi des objectifs généraux : savoir se présenter, organiser une première consultation avec une personne Sourde, apprécier leur degré d'urgence, donner des conseils médicaux, expliquer une ordonnance, connaître les missions des UASS et sensibiliser à la culture Sourde afin de garantir la qualité de la formation.

Les supports papier, vidéo et les jeux de rôles y sont régulièrement utilisés afin d'acquérir un lexique médical et de permettre un échange entre les étudiants.

Parmi les internes interrogés dans notre étude, 70% d'entre eux pensaient que créer un poste d'interne au SAS serait intéressant s'il était couplé à un autre stage pendant 1 ou 2 mois (Figure 12). 7% pensaient qu'il serait intéressant pendant 6 mois. 7% des internes intéressés par une formation souhaiteraient qu'elle soit complète afin d'atteindre le niveau suffisant pour être bilingue ce qui prouve que certains sont très motivés (Figure 14).

Certaines UASS accueillent en stage des étudiants en médecine. La durée varie selon la faculté, l'UASS et le projet de l'étudiant : stage découverte, stage spécifique ou encadrement de travaux de recherche. Des stages ont également été ouverts dans des réseaux de soins en médecine libérale (22).

Certains sont proposés aux externes, comme à Lille Catholique, Nancy Marseille et Toulouse, parfois sur dérogation ou durant le stage d'été.

Mais la plupart sont proposés aux internes durant 6 mois (Annexe 3) ; sous forme de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) comme à Toulouse, Montpellier, Marseille, Saint-Etienne, Strasbourg et Nancy et quelques-uns en stage libre comme à Grenoble et Lille. Dans certaines facultés, un niveau minimum de connaissance en LSF est exigé mais dans d'autres le critère mis en avant est la motivation de l'étudiant, le premier mois de stage étant dédié à une formation LSF intensive.

A Poitiers, la création d'une formation à la LSF pour les étudiants en médecine et l'ouverture d'un terrain de stage au SAS permettraient de répondre à la demande de formation des internes et de garantir l'accessibilité généralisée aux soins des patients Sourds comme le prévoit la loi de l'égalité des chances de 2005.

Des modèles de formation existent. Les objectifs généraux doivent être établis pour garantir la qualité de la formation.

CONCLUSION

Les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes sont confrontés à des consultations avec des patients Sourds. Près d'un interne sur deux le sera au cours de son cursus.

La loi du 11 Février 2005 sur l'égalité des droits et des chances reconnaît la LSF comme une langue à part entière et affirme le droit à l'accessibilité généralisée aussi bien dans le domaine scolaire, du travail, que de la vie quotidienne. Dans le domaine de la santé, la Charte du patient hospitalisé garantit l'accès à l'information et aux soins égal au reste de la population par la circulaire DHOS de 2007.

Les UASS, structures spécifiques d'accès aux soins ont été créées en ce sens. Elles emploient du personnel médical et paramédical bilingue et utilisent des outils de communication adaptés. Cet accueil dans la langue du patient améliore la qualité des soins.

Le recours à l'interprétariat professionnel est le seul moyen de communication adapté lorsque l'on ne maîtrise pas la LSF. Il reste difficile d'accès en situation d'urgence, mais se développe de plus en plus, notamment par le télé-interprétariat. Il permet de délivrer une information claire, loyale et appropriée dans le respect du Code de Déontologie.

Et pourtant, les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes sont souvent seuls face aux patients Sourds. 85% d'entre eux ne connaissent pas l'existence du SAS de Poitiers, 92% ne connaissent pas le numéro d'urgence 114 et 73% des internes déclarent ne jamais faire appel, ou rarement, à un interprète professionnel. Ils communiquent aux prix d'efforts en utilisant l'écriture, l'interprétariat personnel et la lecture labiale. Ces pratiques ne permettent pas de délivrer une information fiable.

Ces consultations sont chronophages et mettent à mal l'accès à des soins de santé de qualité. Ils créent des inégalités par simple méconnaissance du monde Sourd et des dispositifs existants en Poitou-Charentes.

Bernard Mottez s'interrogeait sur la responsabilité de la Société dans la création de situations de handicap. Ici, le handicap de communication n'est pas lié à la surdité du patient en elle-même, mais au recours des soignants à des outils de communication inadaptés.

La prise de conscience de ces difficultés est limitée. Et pourtant, la communication entre Sourds et entendants est possible au prix d'efforts et de volonté,

en s'adaptant à chaque personne dans le respect et la connaissance de sa culture et de son histoire.

Des méthodes simples et peu coûteuses sont faciles à mettre en place : comme la création d'une journée de sensibilisation, une intervention lors d'une Formation Médicale Continue (FMC) ou une information simple lors de la réunion d'accueil des internes par la distribution d'un feuillet d'information.

52% des internes se disent très intéressés par une formation. La plupart d'entre eux souhaiteraient la création d'un DU de LSF adapté au monde médical mais aucun n'existe à ce jour en France. Ce type de formation semble plus facilement intégrable durant l'externat. La région Poitou-Charentes pourrait proposer de nouveau aux étudiants en médecine une formation s'inspirant des modèles existant dans des facultés de médecines comme Grenoble ou Saint-Etienne. Mais pour garantir une réelle efficacité, les objectifs doivent être définis clairement. Cela permettrait une meilleure gestion du temps et l'amélioration de la qualité des soins des patients Sourds.

70% des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes trouveraient intéressant l'ouverture d'un stage au sein du SAS de Poitiers de façon couplée avec un autre stage. Former de futurs médecins bilingues permettrait le développement de la structure et pourquoi pas, à terme, le développement de réseaux régionaux avec des consultations « avancées » dans certains hôpitaux périphériques, ou l'ouverture d'UASS dans les régions qui n'en sont pas encore dotées. Cela permettrait de garantir l'accessibilité généralisée et de répondre à un réel besoin de la Communauté Sourde.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haeusler L., De Laval T., Millot C. Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé » - Série Études et Recherche, n°131, (Drees) Août 2014 ;(131).156p., - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/etude-quantitative-sur-le-handicap-auditif-a-partir-de-l-enquete-handicap-sante>
2. Présentation | IRJS de Poitiers [Internet]. [cité 30 sept 2016]. Disponible sur: http://www.irjs-poitiers.org/?page_id=25
3. Laubretton J., Morvan R., Roblot P. Développons les consultations hospitalières pour les sourds. Presse Med. Elsevier Masson SAS ; 2013 Nov ;42(11) :1427-9
4. Pinsembert L. Les consultations des patients sourds prélinguaux au sein des UASS de France en 2016 : un essai de typologie. 2017. p. 1-54
5. Sanders MS, Lelievre F., Tallec A. Le Handicap auditif en France : apport de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendances 1998-1999. Etude et Résultats. 2007 ;(589) :1-8.
6. Gouvernement français. Améliorer le quotidien des personnes sourdes et malentendantes | Portail du Gouvernement 2011 [Internet]. [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: http://archives.gouvernement.fr/fillon_version2/gouvernement/ameliorer-le-quotidien-des-personnes-sourdes-et-malentendantes.html
7. HAS. Haute autorité de santé. Rapport d'évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale. Janvier 2007
8. Collège Français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, ORL, Ed Masson. 2014
9. Mottez B., *Les Sourds existent-ils ?* Paris : L'Harmattan, 2006
10. Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation, Handicap, Incapacité, Dépendance. Ed Masson. Paris. 2012
11. Handicap auditif, limitations et déficiences fonctionnelles : principaux résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009, France - 2015_42-43_3.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/42-43/pdf/2015_42-43_3.pdf
12. Transler, C., Leybaert, J., Gombert, J-E., L'acquisition du langage par l'enfant sourd. Les signes, l'oral et l'écrit, Solal, 2005

13. Gillot D. Le Droit des sourds : 115 propositions : rapport au Premier ministre. Paris : La documentation française ; 1998
14. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002. [cité 3 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
15. Code de déontologie médicale - Article 35. Code de déontologie médicale. [cité 3 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072634&idArticle=LEGIARTI000006680538>
16. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 février, 2005. [cité 3 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>
17. CIRCULAIRE N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 - cir_10571.pdf [Internet]. [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf
18. Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) - Livre - 1690.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1690.pdf>
19. Drion B., Et si les professionnels sourds nous enseignaient la communication ? Presse Med. Elsevier Masson. février 2016 ; 45 : 155-157 /data/revues/07554982/v45i2/S0755498216000324/ [Internet]. [cité 13 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/1037618>
20. Guide des bonnes pratiques de l'audiométrie de l'adulte Société Française d'Audiologie, 2006
21. CIRCULAIRE N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 - circulaire_163_200407.pdf [Internet]. [cité 10 mai 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_163_200407.pdf
22. Amoros T, Bonnefond H, Martinez C, Charles R. Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires. Santé Publique. 15 mars 2014;26(2):2015-15.
23. Degoulange A. Evaluation de l'accessibilité de la Médecine Générale aux sourds du Poitou-Charentes, 2014

24. Sourds et médecine : impact des représentations sur les conditions d'accès aux soins. Regards croisés France-Québec [Internet]. <http://www.revue-interrogations.org>. 2013 [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.revue-interrogations.org/Sourds-et-medecine-impact-des>
25. Association Socialiste de la Personne Handicapée. Les personnes sourdes face aux inégalités d'accès aux soins de santé de qualité. Etude-ASPH-2013-personnes-sourdes-inegalites-acces-soins-sante-qualite.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.asph.be/Documents/analyse-etudes-2013/Etude-ASPH-2013-personnes-sourdes-inegalites-acces-soins-sante-qualite.pdf>
26. Coignard L., Martinez C., Bonnefond H., Charles R. Repenser la compréhension de l'ordonnance : l'exemple des soins aux Sourds. Thérapie 2015 Novembre-Décembre ;70(6) :501-513
27. Morvan R. Accès aux soins des patients sourds au CHU de Nantes. Etude descriptive des outils de communication utilisés par les soignants de l'Hôtel Dieu pour échanger avec les Sourds, 2009
28. Les niveaux de compétences (CECRL) [Internet]. VISUEL Langue des Signes Française. 2014 [cité 5 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.visuel-lsf.org/les-niveaux-de-competences-cecrl/>
29. Stéphan. Sourds et entendants : un handicap partagé [Internet]. des signes et des mots. 2012 [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: <https://interpretelsf.wordpress.com/2012/12/02/sourds-et-entendants-un-handicap-partage/>
30. CHU Limoges : Un nouveau dispositif d'accueil pour les personnes déficientes auditives [Internet]. [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.chu-limoges.fr/un-nouveau-dispositif-d-accueil-pour-les-personnes-deficientes.html>
31. Prestation de compensation du handicap (PCH) | service-public.fr [Internet]. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

LISTE DES ABREVIATIONS :

- AAH : Allocation Adulte Handicapé
- AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
- BSSM : Baromètre Santé Sourds Malentendants
- CECRL : Cadre Européen Commun de Référence
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIDIH : Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, Handicaps
- CILS-APSA : Centre d'Interprétation en Langue des Signes, Association pour la Promotion des personnes Sourdes, Aveugles et Sourdaveugles
- CIM 10 : Classification Internationale des Maladies
- CMV : Cytomégalovirus
- dB : décibels
- DCI : Dénomination Commune Internationale
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- DU : Diplôme Universitaire
- FMC : Formation Médicale Continue
- HID : Handicaps, Incapacités, Dépendances
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IRJS : Institut Régional des Jeunes Sourds
- LFA : Limitation Fonctionnelle Auditive
- LSF : Langue des Signes Française
- MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
- NSPP : Ne Se Prononce Pas
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL : Oto-rhino-laryngologie
- PCH : Prestation de Compensation du Handicap
- RDV : Rendez-Vous
- SAS : Unité de Soins et d'Accueil des Sourds
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- SILS-2LPE : Service d'Interprétation en Langue des Signes – 2 Langues Pour une Education
- SMS : Short Message System
- UASS : Unité d'Accueil et de Soins pour Sourds
- UE : Unité d'Enseignement
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXES

Annexe 1 : Le Questionnaire

1. Communication des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes avec les patients Sourds

1. Êtes-vous actuellement interne en Médecine Générale en formation dans la région Poitou-Charentes?

☐ Oui ☐ Non

2. Si oui à la question n°1 : En quel semestre?

3. Quelle est votre faculté d'origine?

4. Avez-vous déjà réalisé un stage au CHU de Poitiers pendant votre internat?

☐ Oui ☐ Non

5. Pensez-vous exercer dans la région Poitou-Charentes à la fin de votre cursus?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

6. Connaissez-vous dans votre entourage des personnes s'exprimant en Langue des Signes Française (LSF)?

☐ Oui ☐ Non

7. Si vous étiez en consultation face à un patient sourd signant, pensez-vous que vous prendriez plus de temps pour vous adapter à son handicap?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

8. Comment feriez-vous pour appeler un patient sourd dans la salle d'attente?

9. Avez-vous déjà été confronté à une consultation avec un sourd signant?(en ville comme à l'hôpital)

Plusieurs réponses possibles

☐ Oui, durant mon externat ☐ Oui, durant mon internat ☐ Non

Si Non à la question n°9 : allez directement à la question n°13

10. Si oui à la question n°9 : Etiez-vous ?

Plusieurs réponses possibles

☐ Accompagné d'un interprète professionnel ☐ Accompagné d'un interprète personnel (famille ou ami) ☐ Accompagné d'un médecin formé à la Langue des Signes Française (LSF) ☐ Seul face au patient sourd ☐ Autre (veuillez préciser)

11. Si oui à la question n°9 : Pensez-vous avoir compris la demande du patient?

	pas du tout					tout à fait				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Notez de 0 à 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Si oui à la question n°9 : Pensez-vous que le patient a bien compris vos explications?

	pas du tout					tout à fait				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Notez de 0 à 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. A votre avis, de quelle façon les patients sourds signants contactent-ils leur médecin traitant?

	jamais	rarement	parfois	régulièrement	toujours
En se déplaçant au cabinet médical	☐	☐	☐	☐	☐
Par créneaux de consultations sans rendez-vous	☐	☐	☐	☐	☐
Par téléphone via un tiers	☐	☐	☐	☐	☐
Par SMS	☐	☐	☐	☐	☐
Par messagerie instantanée (Facebook, MSN, Skype, Messenger...)	☐	☐	☐	☐	☐
Par e-mail (courrier électronique)	☐	☐	☐	☐	☐
Par fax	☐	☐	☐	☐	☐
Autre (veuillez préciser)					

14. Quels moyens de communication utiliserez-vous pour communiquer avec un patient sourd signant lors d'une consultation de médecine générale?

	jamais	rarement	parfois	régulièrement	toujours
L'écriture	☐	☐	☐	☐	☐
La lecture labiale	☐	☐	☐	☐	☐
Le mime	☐	☐	☐	☐	☐
Schémas, pictogrammes, dessins	☐	☐	☐	☐	☐
La Langue des Signes Française	☐	☐	☐	☐	☐
Un interprète professionnel	☐	☐	☐	☐	☐
Un interprète personnel (membre de la famille ou ami)	☐	☐	☐	☐	☐
Autre (veuillez préciser)					

15. Si dans la question n°14 vous ne faites pas ou peu appel à un interprète professionnel : Pour quelle(s) raison(s)?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Je n'y pense pas systématiquement
- ☐ Je ne sais pas où chercher les coordonnées d'un interprète
- ☐ Je n'ai pas le temps
- ☐ Je ne suis pas à l'aise avec le fait d'introduire une autre personne dans la relation médecin-malade
- ☐ Je ne pense pas que cela soit nécessaire
- ☐ Autre (veuillez préciser)

16. Connaissez-vous l'Unité Régionale d'Accueil et de Soins pour les Sourds (URASS) du CHU de Poitiers?

Elle propose aux patients Sourds des consultations de médecine générale directement en langue des signes (médecin bilingue). Elle travaille en réseaux avec les médecins généralistes libéraux qui peuvent adresser des patients en cas de problèmes de communication. Il existe 18 URASS au total, la plupart développées au sein des CHU.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, comment en avez-vous entendu parler?

17. Si oui à la question n°16 : Avez-vous déjà eu recours à une URASS?

- ☐ Oui
- ☐ Non

18. Connaissez-vous le numéro d'urgence 114 destiné aux patients Sourds? Ce numéro fonctionne par SMS ou par fax via des pictogrammes adaptés

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui : Comment en avez-vous entendu parler?

19. Pensez-vous avoir des notions sur l'environnement socio-culturel des patients Sourds qui pourraient favoriser le bon déroulement d'une consultation?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

20. Avez-vous déjà bénéficié d'un enseignement de la Langue des Signes Française (LSF)?

- ☐ Oui
☐ Non

21. Si oui à la question n°20 : dans quel contexte?
Plusieurs réponses possibles

- ☐ Pendant votre externat : Formation universitaire proposée par votre Faculté de Médecine
☐ Pendant votre internat : inscription à un Diplôme Universitaire
☐ Formation extérieure à l'Université : inscription dans un institut privé
☐ Dans un lieu publique type café solidaire
☐ De façon informelle avec des personnes sourdes de votre entourage
☐ Autre (veuillez préciser)

22. Pensez-vous qu'ouvrir un terrain de stage aux Internes de Médecine Générale au sein de l'URASS serait intéressant?

L'URASS est une unité développée au sein du service de Médecine Interne du CHU de Poitiers

- ☐ Oui, durant 6 mois
☐ Oui, couplé à un autre stage durant 1 ou 2 mois
☐ Non
☐ Je ne sais pas
☐ Autre (veuillez préciser)

23. Seriez-vous intéressé par une formation découverte afin d'apprendre à communiquer de façon simple avec un patient sourd si celle-ci était proposée durant votre cursus?

Pas du tout		1		2		3		4	
0		1		2		3		4	
Notez de 0 à 4									

24. Si oui à la question n°23 : Combien de temps environ seriez-vous prêt à accorder à cette formation?

- ☐ 1 après-midi d'informations
☐ 1 journée de sensibilisation
☐ 1 à 2 heures par semaine
☐ 1 à 2 journées par mois : sous forme d'un Diplôme Universitaire
☐ une formation complète afin d'atteindre le niveau suffisant pour être bilingue
☐ Autre (veuillez préciser)

25. Autres remarques :

Annexe 2 : Réponses libres

Question 8 concernant la façon d'appeler un patient sourd dans la salle d'attente :

- « Appeler un patient dans la salle d'attente »
- « Désigner du doigt »
- « Regard/sourire/signe de tête »
- « Main sur l'épaule ou signe s'il regarde »
- « En me mettant face à lui »
- « Venir à lui, le toucher, je sais dire bonjour en LSF »
- « Un signe »
- « Je me présenterai à lui »
- « J'irai le voir »
- « Gestes (les mains), mouvements (les lèvres), mimiques (expressions du visage) »
- « Se mettre devant lui, geste »
- « Signe »
- « J'irai le chercher »
- « Lui taper sur l'épaule »
- « Mains sur l'épaule »
- « Une pancarte avec son nom »
- « Bonjour en serrant la main »
- « Je vais le chercher »
- « Je me déplacerais jusque devant lui »
- « S'approcher de lui, se mettre en face de lui, lui tendre la main pour le saluer et l'inviter »
- « Par geste à me suivre »
- « Par son nom »
- « J'irai le chercher et lui serrer la main »
- « Si connu : vais vers lui contact physique. Si non connu : ? »
- « Avec une pancarte »
- « Je ne sais pas »
- « Un geste de la main »
- « J'irai le chercher »
- « J'irai le chercher directement »
- « Je lui fais signe de la main de venir »
- « Signes/ardoise »
- « Aller le chercher »
- « Je ne sais pas »
- « Signe de tête »
- « Tape sur l'épaule/signaux visuels »
- « Signe de la main »
- « Un signe de la main en sa direction »
- « Je ne l'appelle pas je vais le chercher »
- « Aller le chercher directement »
- « Aucune idée »
- « J'irai le chercher »
- « J'irai le chercher physiquement »
- « En lui touchant l'épaule »

« Demander aux secrétaires qui est ce patient -> aller le chercher »

« En lui touchant l'épaule »

« J'irai le voir »

« Lui toucher l'épaule »

« En le signant avec mes mains (si je sais qu'il est sourd) »

« Aller le chercher »

« Me mettre face à lui »

« SIGNE »

« Je me dirige vers lui et j'attire son attention sur le regard puis je lui indique de venir »

« J'irai le chercher »

« J'irai le chercher »

« Contact humain »

« ARDOISE »

« Geste »

« Par geste »

« Je me dirige vers lui en le regardant dans les yeux + langage gestuel »

« J'irai le chercher »

« Signes »

« Je chercherais son regard pour lui dire que c'est à lui »

« Un signe »

« Je vais vers lui »

« Signe de la main »

« Je ne sais pas, une ardoise »

« En le montrant du doigt »

« Je ne sais pas. Ça dépend de la situation »

« J'irai le chercher »

« PANCARTE avec nom »

« Je viendrai vers lui et lui serre la main »

« Sourire + signe de la main »

« Je me déplacerais auprès de lui pour le toucher »

« Regard »

« Je lui fais signe si je connais/j'articule le nom s'il peut lire sur mes lèvres »

« Par les gestes »

« Avec une pancarte avec marqué son nom (si on ne le connaît pas) sinon en se dirigeant »

« Directement vers lui »

« Je me positionne devant lui »

« En allant le chercher sur sa chaise »

« Je dis son prénom/nom »

« Je viens lui serrer la main »

« Avec le langage non verbal/gestes »

« Avec le regard »

« J'articulerais pour prononcer son nom »

« Un signe de la main »

« En le regardant »

« Je l'appelle et je vois s'il a une réaction »

« Appeler et surveiller une réaction »

« J'irai le chercher »
 « Affiche/panneaux »
 « Manuel »
 « J'écrirai son nom »
 « Par des gestes »
 « J'irai le chercher »
 « Ecrire son nom sur une feuille »
 « J'écrirai son nom sur une pancarte »
 « Mise en place d'une lumière s'allumant (très visible) »
 « Ardoise ? »
 « Je me déplace »
 « J'irais le chercher »
 « Une affiche si je ne le connais pas »
 « Aller vers lui »
 « Gestuelle »
 « J'irais le chercher »
 « Taper sur l'épaule »
 « En lui faisant un signe d'accueil »
 « Pancarte »
 « J'essaierai de capter son regard puis je m'approcher de lui pour lui taper l'épaule »
 « Geste »
 « Toucher l'épaule »
 « Aller vers lui »
 « Avec le doigt »
 « Contact physique »
 « Je lui ferai signe »
 « Pancarte avec nom »
 « Attirer son regard, s'approcher »
 « Tableau Velleda »
 « Pancarte avec nom »
 « Signe de main »
 « Je vais le chercher »
 « Je vais le chercher »
 « Aller vers lui »
 « Geste/visuel »
 « En s'approchant »
 « J'irai le chercher »
 « Geste venir »
 « Avec des gestes et du regard »
 « Il peut lire sur les lèvres ? Si non je vais le chercher »
 « Je ne sais pas »
 « J'irai le voir, s'accroupir en face de lui »
 « J'irai directement à lui, lui serrer la main »
 « Geste visuel »
 « Contact physique »
 « En allant le chercher en lui touchant l'épaule »

« Je me mets devant lui »
 « Un signe »
 « Signe »
 « Par un signe »
 « Je lui ferai un signe »
 « Recherche du contact visuel »
 « Regard + signe de la main »
 « Je vais le chercher personnellement dans la salle »
 « Je m'approcherai de lui »
 « J'irai le chercher physiquement s'il n'est pas accompagné »
 « En lui tapant sur l'épaule »
 « En faisant un signe de la main »
 « ? »
 « Voir avec la secrétaire (vue quand patient arrivé) »
 « Je ne sais pas »
 « Approcher le patient, lui sourire et serrer la main »
 « Je le désignerais ou chercherais un interprète »
 « Pancarte »
 « Je le cherche du regard »
 « Un papier avec son nom »
 « Montre du doigt »
 « J'irai le chercher »
 « Je lui ferai signe d'entrer »
 « VENIR VERS LUI »
 « ? »
 « J'irai le chercher, son nom écrit sur une ardoise »
 « Ecrire nom papier/Epeler nom en LSF »
 « Signer pour dire bonjour »
 « En faisant des gestes »
 « Ecrire son nom sur une feuille et le lui montrer »
 « Le regarder et lui faire signe »
 « Contact visuel + signes »
 « Signe/Geste »
 « J'irai le voir et lui serrer la main »
 « J'irais le voir si je connais son visage, sinon par écrit »
 « J'irais vers lui jusqu'à établir un contact visuel »
 « Visuellement »
 « Multiples gestes »
 « Je viendrais face à lui »
 « Je viendrais à lui »
 « Main sur l'épaule -> enfin je vais le chercher et je l'interpelle avec une main sur l'épaule »
 « Lumière, taper sur l'épaule, se mettre devant »
 « Faire bonjour de la main »
 « Taper du pied au sol »
 « Tape sur épaule ou geste de la main selon sa position »
 « LSF »

« Je viendrais vers lui »
 « J'irai vers lui »
 « Contact visuel »
 « SIGNER »
 « Signer »
 « Pancarte »
 « Ecriture »
 « En l'appelant par son nom et le cherchant du regard »
 « Je me placerais en face de lui pour attirer son regard et lui ferais un signe de la main ou du visage pour qu'il me suive »
 « J'irai le chercher »
 « Ecrire »
 « Je me placerais devant lui et lui ferais signe que c'est son tour »
 « J'irai le chercher »
 « En le cherchant du regard, en lui faisant signe de la tête »
 « Je viendrai face à lui et lui serrerais la main et lui ferai signe de me suivre »
 « En allant le voir directement »
 « Avec une feuille »
 « Écrire son nom ou aller vers lui »
 « Je me mettrais face à lui afin qu'il me voie. Si je n'avais pas conscience qu'il était sourd : je ne sais pas »
 « J'espère qu'il soit accompagné par une personne entendant »
 « En écrivant son nom sur un papier »
 « J'irai vers lui en lui faisant des signes de la main »
 « Je l'identifierais grâce à ma secrétaire et me présenterai à elle avec un discours lent et articulé pour qu'il puisse me lire »
 « En cherchant son regard et en faisant un signe de la main »

Question 9 concernant les personnes présentes lors de la consultation :

« AS formé à la LSF »
 « Avec une IDE malentendante »
 « Patient anglais accompagné d'une interprète qu'il a engagé lui-même »
 « Avec mon maître de stage »
 « Via skype »
 « Avec un médecin sénior »
 « Avec un médecin sénior »
 « Accompagné par un professionnel lié au lieu de vie »
 « Avec un maître de stage la connaissant bien »
 « 2 consultations différentes »

Question 13 concernant la prise des rendez-vous des patients Sourds :

« Prennent le RDV pour la fois suivante »

Question 14 concernant les outils de communication utilisés pour échanger avec les patients Sourds :

« Par ordinateur »
 « Code LPC : Langage Parlé Codé +++ »

Question 15 concernant les causes de faible recours à l'interprétariat professionnel :

« Horaires limités au CHU »

« Difficultés à organiser l'entretien avec l'interprète en un temps bref entre le rdv pris par le patient et la consultation. Difficulté d'organisation si rdv dans la journée »
 « Problème d'organisation »
 « Je sais parler la LSF »
 « Nécessite une organisation, doit être anticipé, incompatible avec une urgence »
 « Problème d'organisation »
 « il faut anticiper la consultation et qu'elle soit programmée à l'avance »
 « Plus facile de communiquer avec famille ou proche »
 « Coût »
 « Coût »
 « Pas à disposition ? »
 « Dépendance des disponibilités en fonction de l'interprète et de la demande du patient »
 « L'occasion ne s'est jamais présentée »
 « Problème logistique / coût »
 « Je le ferais si je n'ai pas le choix »
 « Organisation »
 « A l'hôpital il n'en a pas toujours ou ne sont pas toujours disponibles »

Question 16 concernant le mode de découverte de l'existence du SAS de Poitiers :

« Par mes chefs, par besoin »
 « Par la famille d'un patient »
 « Cours de LSF en PCEM2 »
 « Sensibilisation à la LSF en PCEM2 »
 « Formation LFS »
 « Option LSF pendant l'externat »
 « J'ai cherché sur intranet un interprète et j'ai trouvé les coordonnées de l'URASS »
 « Patients sourds dans mon entourage »
 « Par un sénior »
 « Médecin de l'URASS/entourage »
 « Je travaille à côté »
 « Au CHU »
 « Par un ami interne »
 « Télévision »
 « Reportage TV »
 « Je suis passée en consultation de maladies infectieuses (à côté) »
 « Lors d'une consultation avec une personne malentendante »
 « Par une de mes maîtres de stage »
 « Patient passant aux urgences avec une lettre de cette unité »
 « Un ami m'en a parlé »

Question 18 concernant le mode de découverte de l'existence du numéro d'urgence 114 :

« Formation LSF »
 « Publicité dans salle d'attente »
 « Par l'application ludique « se coucher moins bête » »
 « Patients sourds dans mon entourage »
 « Par un patient et par mon maître de stage en médecine générale »
 « Par un ami interne »
 « Informations à la TV »
 « Initiation LSF »
 « Par une connaissance sourde »

Question 21 concernant le type de formation à la LSF effectuée :

« Au collège »
 « Au lycée pendant 1 an »
 « Option au Lycée »

- « Centre socio-culturel »
- « Ecole primaire »

Question 22 concernant l'ouverture d'un stage au SAS :

- « Peut-être comme stage satellite sur quelques jours »
- « Oui, si formation LSF préalable »
- « Pdt 1 mois »
- « Plutôt quelques jours au cours d'un autre stage »
- « Intéressant +++ »

Question 25 concernant le type de formation souhaitée :

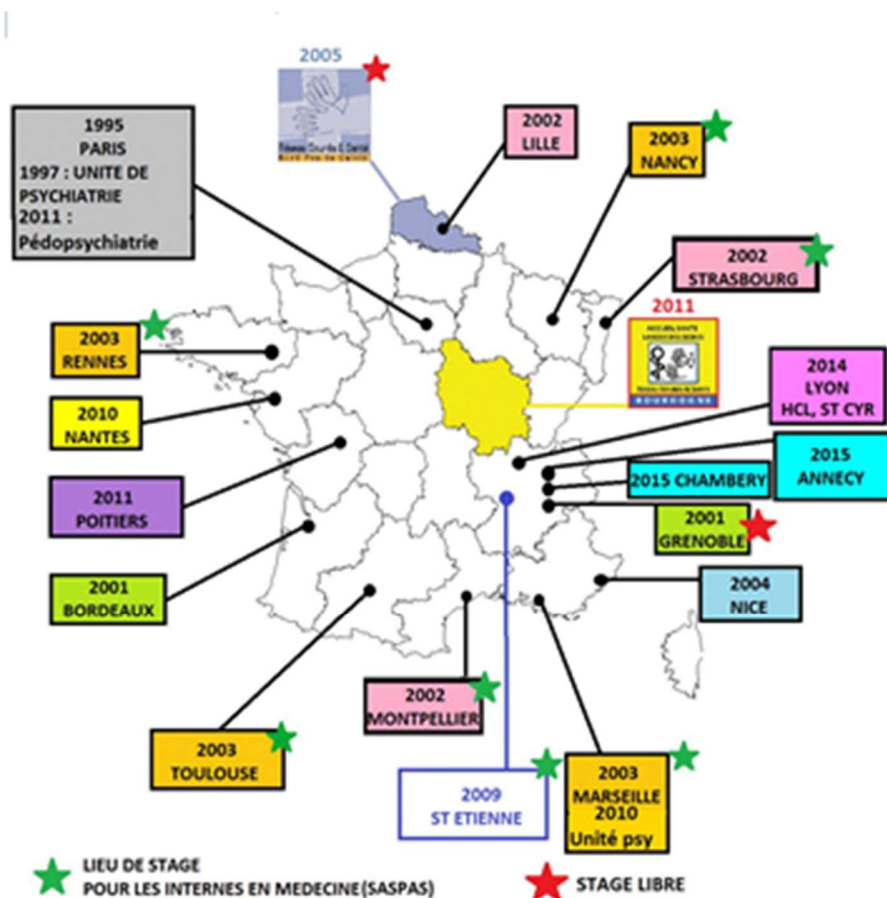
- « Demi-journée par mois »
- « Si dans le lieu de stage »

Question 25 concernant les autres remarques :

- « Je pense qu'il est important pour les internes ayant stage loin du CHU de proposer une journée entière plutôt que plusieurs demies journées car il est difficile de s'absenter plusieurs journées de stage et en soirée, lorsque les terrains de stage sont lointains, nous ne pouvons pas y assister. Sujet très intéressant »
- « Sujet intéressant qui manque dans notre formation initiale de DES de Médecine Générale »
- « Réorganisation de l'internat pour une meilleure approche des différents handicaps »
- « Formation plutôt pendant l'externat »
- « Situation vécue : consultation beaucoup plus longue »
- « Sujet très intéressant à mon avis ! »
- « Démarche à mettre en place très intéressante pour la Médecine Générale + Urgences. Mise en place progressive à Lille Catho sous forme de module facultatif »
- « J'ai découvert récemment que les connaissances des sourds dans le domaine de la santé sont très limitées : pour ma part, il s'agissait d'un couple de sourds qui n'arrivaient pas à avoir d'enfants et qui n'avaient aucunes connaissances quant au fonctionnement des cycles menstruels et de la reproduction en règle générale. Je pense que c'est un point essentiel à aborder si une journée de sensibilisation était mise en place »
- « Formation à faire pour répondre à toutes les attentes d'une patientèle »
- « La LSF est pour moi un vecteur d'isolement culturel des patients sourds créant un handicap social. Le LPC devrait être plus utilisé car permet une intégration et serait plus accessible à l'apprentissage par les professionnels de santé »
- « Super idée de thèse ! Je me suis dit que j'aimerais apprendre la LSF mais je n'ai jamais pris le temps de le faire ou de me renseigner. Si on me proposait une formation je serais motivée à 200% ! Je pense qu'ils devraient nous faire une petite initiation obligatoire pendant l'externat + internat et plus pour les plus motivés. »
- « Sujet intéressant ! »
- « Très bonne idée de questionnaire ! »
- « Très bonne idée de thèse ! »
- « Merci pour vos questions =) »

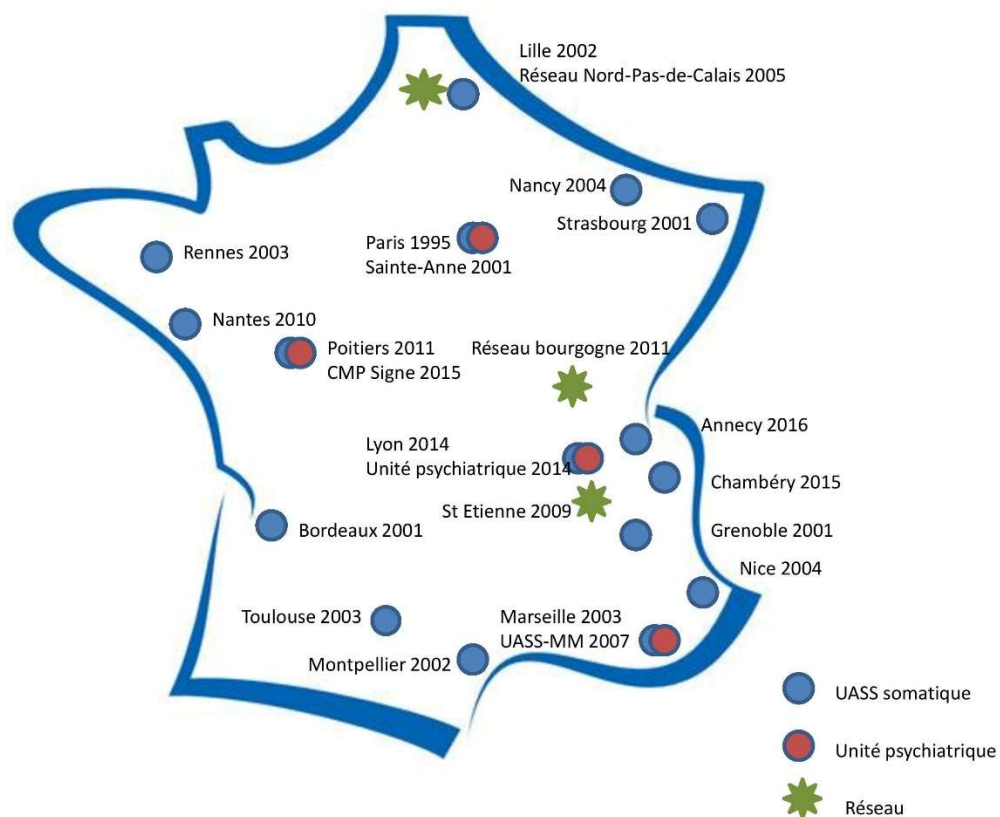
Annexe 3 : Répartition cartographique des lieux de stages ouverts aux internes de Médecine Générale au sein des UASS en France.

Source : Dr Drion B. Réseau Sourds et Santé, Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille



Annexe 4 : Répartition cartographique des UASS en France.

Source ; Pinsembert L. CHU de Poitiers



Annexe 5 : Documents d'information et de demande d'interprétariat en ligne sur le portail Intranet du CHU de Poitiers

 INS-USA-010	Institutionnel	Page : 1/4
		Date : Décembre 2012
Version n°01	Demande d'interprétariat en Langue des Signes Française	
Historique		
Numéro de version	Date	Nature des éventuelles modifications
01	Décembre 2012	Création

Sommaire	
1. Objectif.....	1
2. Domaine d'application et personnes concernées.....	1
3. Définitions	2
4. Jours d'ouverture du SAS	2
5. Membres du sas.....	2
6. Description	2
6.1. Motifs de la demande	2
6.2. Comment effectuer la demande d'interprétariat en LSF?.....	2
6.3. Qui atteste de la prestation réalisée?	3
6.4. Déroulement de la demande	3
7. Documents de référence.....	4
8. Annexes	4

1. OBJECTIF

L'objectif de ce document est :

- de faire connaître les missions de l'unité **SAS** rattachée au service de Médecine Interne du pôle Médipool
- d'aider les personnels des services du CHU à prendre en charge les patients sourds
- de déterminer la conduite à tenir afin de coordonner la présence d'un interprète professionnel français/LSF dans l'enceinte du CHU :
 - lorsque la présence de ce dernier est requise dans le parcours de soins d'un patient sourd
 - à quelque niveau que se soit et notamment si leur consentement aux soins implique la présence d'un interprète en LSF

2. DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES

Ce protocole est applicable :

- par tout soignant, personnel d'encadrement ou de secrétariat du CHU participant au parcours de soin du patient, sur son initiative ou suite à la demande du patient lui-même
- par l'inter médiatrice de communication du SAS (personne elle-même sourde, chargée d'évaluer le degré de compréhension et/ou les besoins du patient en matière de communication)

Rédaction	Vérification	Approbation
Jérôme LAUBRETON Médecin coordinateur du SAS Date et signature : 21/12/2012 	Agnès CHARRIER Cadre Supérieur de Santé Pôle Médipool Date et signature : 	Thierry LEFEBVRE Directeur Général Adjoint Date et signature : 
Nadège LOUIS Cadre Supérieur de Santé Direction Usagers Risques Qualité Date et signature : 24/12/2012 	Amélie POINTEAU Ingénieur Qualité Direction Usagers Risques Qualité, Date et signature : 01/02/2013 	Pascal ROBLOT Chef de service Médecine Interne Coordonnateur du Pôle Médipool Date et signature : 

 INS-USA-010 Version n°01	Institutionnel	Page : 2/4
		Date : Décembre 2012
Demande d'interprétariat en Langue des Signes Française		

3. DEFINITIONS

- **SAS** : Soins et Accueil des Sourds
- **LSF** : Langue des Signes Française

4. JOURS D'OUVERTURE DU SAS

- mardi matin : 9h-13h
- mercredi après midi : 14h-17h
- vendredi toute la journée : 9h-17h

5. MEMBRES DU SAS

Le personnel se compose ainsi :

- un médecin généraliste bilingue français/LSF
- une secrétaire bilingue français/LSF
- une inter médiatrice sourde

6. DESCRIPTION

6.1. Motifs de la demande

Le motif commun à toute demande est le bon déroulement d'un examen et/ou la bonne compréhension des informations médicales, pour une prise en charge efficiente du patient sourd lors de différentes situations :

- visite médicale du patient hospitalisé
- consultation spécialisée au cours de l'hospitalisation
- consultation spécialisée externe :
 - en dehors de toute hospitalisation
 - faisant suite à une hospitalisation
- accompagnement à un examen complémentaire :
 - durant une hospitalisation
 - en externe
- intervention chirurgicale nécessitant le consentement libre et éclairé du patient
- entretien social, éducation thérapeutique...etc...

6.2. Comment effectuer la demande d'interprétariat en LSF?

Toute demande d'interprétariat en LSF se fait par la fiche informatique accessible sur le site INTRANET à la rubrique LISTE INTERPRETES – INTERPRETARIAT EN LANGUE DES SIGNES FRANCAISE qui sera automatiquement envoyée au secrétariat du SAS (*Annexe 1*).

Il est recommandé de solliciter un interprète 15 jours avant la date prévue compte tenu des délais nécessaires aux organismes de traduction LSF en lien avec le CHU de Poitiers.

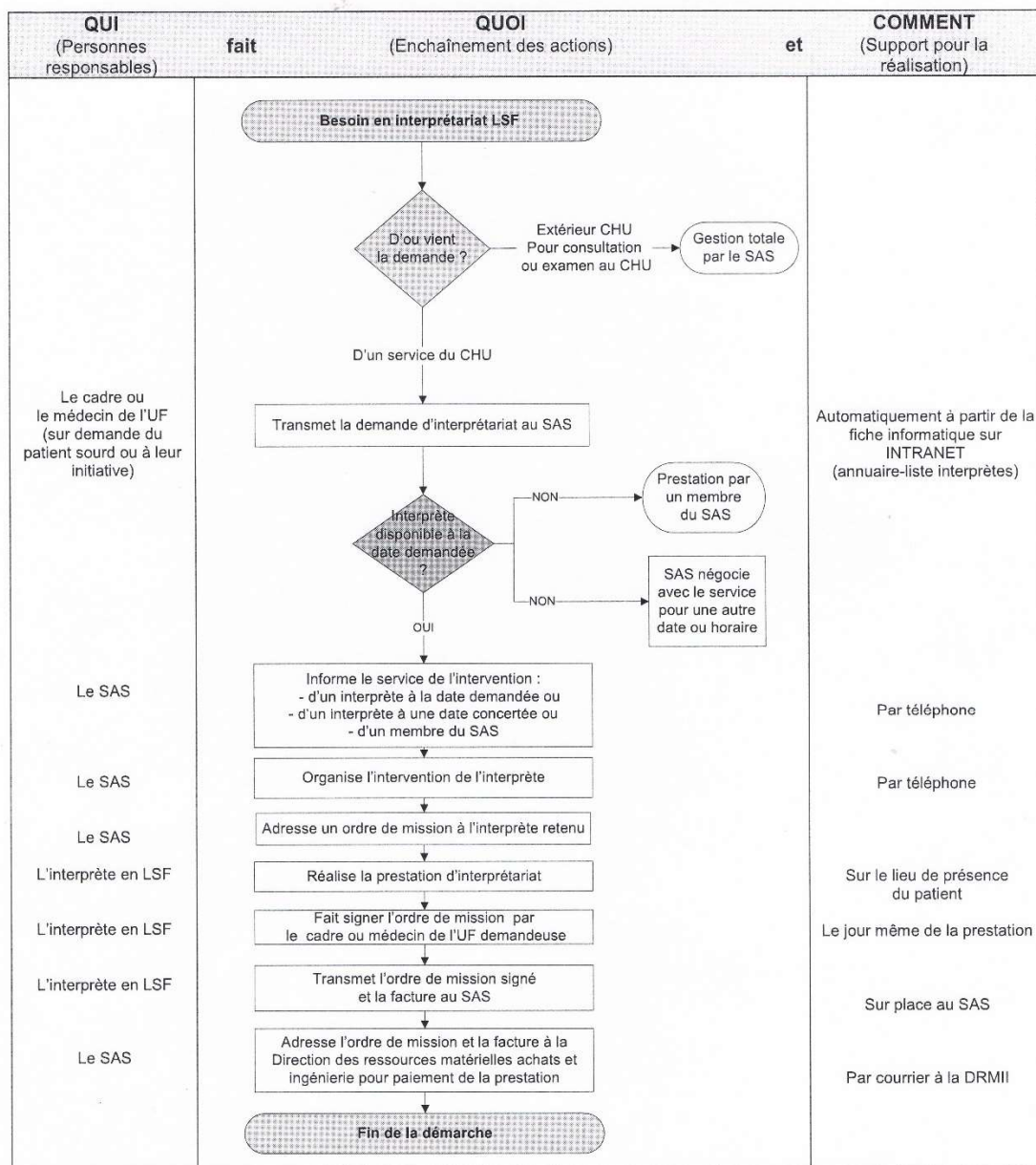
 INS-USA-010	Institutionnel	Page : 3/4
		Date : Décembre 2012
Version n°01	Demande d'interprétariat en Langue des Signes Française	

6.3. Qui atteste de la prestation réalisée?

A la fin de la prestation, le médecin demandeur ou le cadre de l'UF renseigne la rubrique « durée de la prestation » de l'ordre de mission présenté par l'interprète, avant de le signer (*Annexe 2*).

L'interprète le remet au SAS, accompagné de la facture correspondante.

6.4. Déroulement de la demande



 INS-USA-010	Institutionnel	Page : 4/4
		Date : Décembre 2012
Version n°01	Demande d'interprétariat en Langue des Signes Française	

7. DOCUMENTS DE REFERENCE

Article 78 de la loi du 11 Février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

8. ANNEXES

- Annexe 1 :** Formulaire de saisie informatique « Demande de prestation d'interprétariat en LSF »
- Annexe 2 :** Ordre de mission



jeudi 6 avril 2017

[Annuaire](#) [Institution](#) [Pôles](#) [Docuthèque](#) [Applications](#)

A partir du mercredi 18 mai 2016, la navette self ne desservira que le RDC et le 11ème étage (recherche d'optimisation)

Recherche annuaire

[Service restauration](#) [Actualités et agenda](#) [CHU infos](#) [Site web CHU](#) [WebMail](#) [APM](#)

[Accueil annuaires](#) [Agora](#) [Bip](#) [Courriel](#) [Numéros Abrégés](#) [Liste Interprètes](#) [Cultes / Philosophie](#) [Annuaire CHL](#)

[Intranet](#) [Annuaire](#) [Interprètes](#)

LISTE INTERPRETES

Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers dispose d'une liste de personnes interprètes en **Langues étrangères parlées** pour les usagers que ne maîtrisent pas la langue française. La gestion des prestations en langues étrangères parlées est assurée par la Direction Usagers Risques Qualité.

Par ailleurs, une unité de **Soins et d'Accueil des Sourds** (SAS) est ouverte depuis 2011. La gestion des prestations en langue des signes française est assurée par le SAS lui-même.

Prestations Langues étrangères parlées

Prestations Langue des signes française (LSF)

PRESTATIONS LANGUE DES SIGNES FRANCAISE (LSF)

L'Unité de Soins et Accueil des Sourds (SAS) est ouvert les :

- du lundi au vendredi de 9h à 17h

Le SAS a pour but de soigner les patients sourds et, selon leurs besoins, de les orienter vers les spécialités du CHU. Il intervient dans l'organisation et le suivi du parcours de soins des patients hospitalisés.

Le secrétariat du SAS est votre interlocuteur pour les prestations en langue des signes française (LSF). Vous lui adressez vos demandes directement en cliquant sur **ce lien**.

Une médiatrice (elle-même sourde) peut intervenir en soutien de l'équipe médico-soignante auprès du patient, sur appel au **43420**. Elle n'est pas interprète, elle est une personne ressource qui expliquera au patient sa prise en charge et l'assistera par exemple pour les démarches de recueil de consentement aux soins.

Pour chaque prestation effectuée, le service doit signer le document « **Ordre de mission, attestation de service fait** » que présente l'interprète.

La procédure complète "**Demande d'interprétariat en Langue des Signes Française** " est à votre disposition sur la Docuthèque.

jeudi 6 avril 2017

Annuaire Institution Pôles Docuthèque Applications

Recherche annuaire

Service restauration

Actualités et agenda

CHU infos

Site web CHU

WebMail

APM

Intranet \ Un problème, une demande ? \ Examen \ Demande de prestation interprétariat

Création : DEMANDE D'INTERPRETARIAT EN LANGUE DES SIGNES FRANCAISE
UNITE DE SOINS ET D'ACCUEIL DES SOURDS (SAS)

DEMANDEUR	
Matricule : *	
Téléphone :	

COORDONNEES DU PATIENT	
Nom prénom :	
Date naissance :	06/04/2017

INDICATIONS CONCERNANT LA PRESTATION SOUHAITEE	
Date de la prestation auprès du patient :	06/04/2017
Heure de la prestation :	
Durée de la prestation :	

REMARQUES POUVANT ETRE UTILES AU SAS	

* champs obligatoires

Valider



**ORDRE DE MISSION
PRESTATION D'INTERPRETARIAT EN LSF**

UNITE SAS SOINS ET ACCUEIL DES SOURDS
(POLE MEDIPOOL)

ORDRE DE MISSION
PRESTATAIRE :
COORDONNEES DU PATIENT
NOM PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :/...../.....
INDICATIONS CONCERNANT LA PRESTATION SOUHAITEE
DATE DE LA PRESTATION :/...../.....
HEURE DE LA PRESTATION :
DUREE DE LA PRESTATION :
LIEU DE LA PRESTATION :
REMARQUES EVENTUELLES
.....
.....

ATTESTATION DE SERVICE FAIT

DUREE REELLE DE LA PRESTATION EFFECTUEE:

SIGNATURE DE L'INTERPRETE

--

VISA OBLIGATOIRE
DU CADRE OU MEDECIN DE L'UF

NOM PRENOM :

FONCTION :

SIGNATURE :

TAMPON DU SERVICE :

--

Document à adresser par l'interprète au SAS, accompagné de la facture correspondante

RESUME

Contexte : L'écriture, la lecture labiale et le recours à l'interprétariat personnel sont des outils de communications inadaptés pendant les consultations avec les patients Sourds. La LSF est le meilleur moyen de communiquer. En Poitou-Charentes, elle est accessible par le recours à l'interprétariat professionnel ou l'unité de Soins et d'Accueil des Sourds (SAS) du CHU de Poitiers.

Objectifs : Evaluer les outils de communication utilisés par les internes de Médecine Générale de la région pour échanger avec les patients Sourds. Connaître la prévalence de ce type de consultation. Evaluer leur connaissance des dispositifs pouvant faciliter l'accès aux soins des patients Sourds. Evaluer leur intérêt pour une formation.

Méthode : Cette étude descriptive, déclarative recensait auprès des internes de Médecine Générale en stage en Poitou-Charentes leurs expériences de consultations avec des patients Sourds et les outils de communication utilisés. Elle précisait s'ils avaient bénéficié d'une formation à la LSF et évaluait leur connaissance du SAS et du numéro d'urgence 114. Le questionnaire a été distribué le 31 mars 2016 pendant les choix de stages puis relancé deux fois par e-mail.

Résultats : 51% des internes avaient déjà vécu une consultation avec un patient Sourd. 95% des outils de communication qu'ils utilisent régulièrement à toujours sont inadaptés ou peu adaptés à la surdité. 73% n'avaient jamais ou rarement recours à un interprète professionnel. 85% ne connaissaient pas le SAS. 92% ne connaissaient pas le 114. 52% d'entre eux se disaient très intéressés par une formation.

Conclusion : Les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes sont confrontés à des consultations avec des patients Sourds. Ils créent des inégalités dans le domaine du soin par simple méconnaissance du monde Sourd et des dispositifs existants en Poitou-Charentes. Ils sont demandeurs d'une formation.

Mots clés : Sourd, Médecine Générale, Poitou-Charentes, handicap, accessibilité, formation

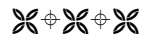


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Contexte : L'écriture, la lecture labiale et le recours à l'interprétariat personnel sont des outils de communications inadaptés pendant les consultations avec les patients Sourds. La LSF est le meilleur moyen de communiquer. En Poitou-Charentes, elle est accessible par le recours à l'interprétariat professionnel ou l'unité de Soins et d'Accueil des Sourds (SAS) du CHU de Poitiers.

Objectifs : Evaluer les outils de communication utilisés par les internes de Médecine Générale de la région pour échanger avec les patients Sourds. Connaître la prévalence de ce type de consultation. Evaluer leur connaissance des dispositifs pouvant faciliter l'accès aux soins des patients Sourds. Evaluer leur intérêt pour une formation.

Méthode : Cette étude descriptive, déclarative recensait auprès des internes de Médecine Générale en stage en Poitou-Charentes leurs expériences de consultations avec des patients Sourds et les outils de communication utilisés. Elle précisait s'ils avaient bénéficié d'une formation à la LSF et évaluait leur connaissance du SAS et du numéro d'urgence 114. Le questionnaire a été distribué le 31 mars 2016 pendant les choix de stages puis relancé deux fois par e-mail.

Résultats : 51% des internes avaient déjà vécu une consultation avec un patient Sourd. 95% des outils de communication qu'ils utilisent régulièrement à toujours sont inadaptés ou peu adaptés à la surdité. 73% n'avaient jamais ou rarement recours à un interprète professionnel. 85% ne connaissaient pas le SAS. 92% ne connaissaient pas le 114. 52% d'entre eux se disaient très intéressés par une formation.

Conclusion : Les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes sont confrontés à des consultations avec des patients Sourds. Ils créent des inégalités dans le domaine du soin par simple méconnaissance du monde Sourd et des dispositifs existants en Poitou-Charentes. Ils sont demandeurs d'une formation.

Mots clés : Sourd, Médecine Générale, Poitou-Charentes, handicap, accessibilité, formation